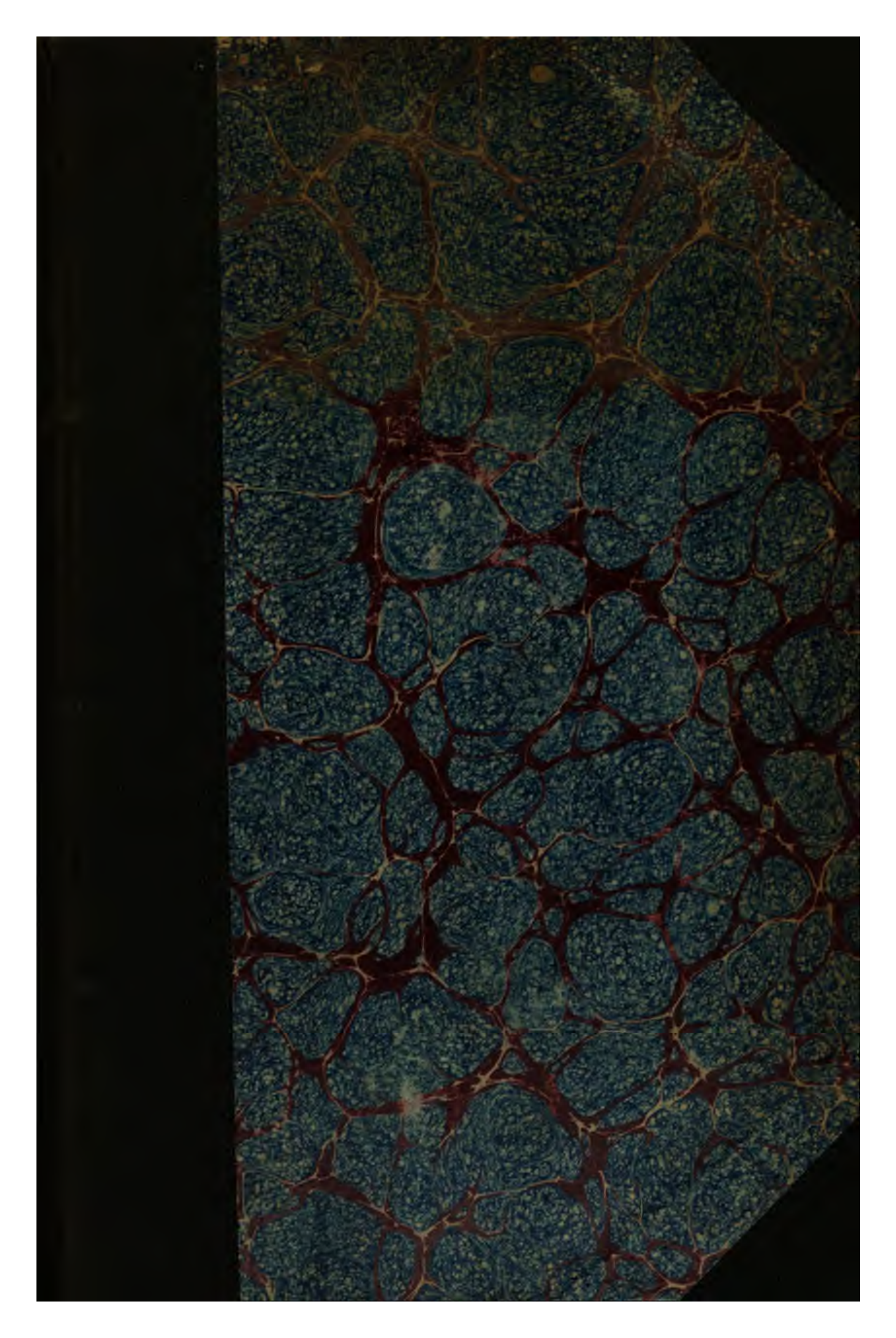
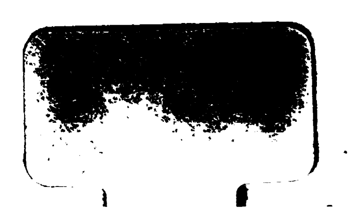




ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXIII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements	20	—
Pour l'Europe	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique	23	—
Pour les autres parties du monde	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 80, rue Miromesnil, pour la partie gynécologique ; à M. le Dr VARNIER, 6, rue Herschel, pour la partie obstétricale ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef.

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXIII

Contenant des travaux de MM.

BÉTRIX, BOYER, BUMM, DELBET, HARTMANN,
HARTMANN et GUNDELACH, MOURATOFF, PHOCAS, PICQUÉ, POTHERAT,
POTOCKI, POUPINEL, POZZI, DE LOSTALOT et BAUDRON,
RIBEMONT-DESSAIGNES, ROUTIER, SAENGER, SCHWARTZ, SLAVIANSKY,
TRÉLAT, WALLICH.

1890
(1er SEMESTRE)

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1890



1930

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ÉTIOLOGIE DE LA PÉRITONITE SEPTIQUE

Par le Dr **E. Bumm**, *Privat docent* à Wurzbourg.

Par opposition à la péritonite *non infectieuse* ou *simple*, qui se développe à la suite d'irritation chimique et mécanique, et aboutit, d'une manière générale, à la formation d'exsudats fibrineux et à la production d'adhérences entre les feuillets péritonéaux, on décrit sous le nom de péritonite *septique* les variétés d'inflammations péritonéales, dans lesquelles certains micro-organismes *septiques* jouent un rôle.

Cette dénomination *péritonite septique* est d'un usage si courant, qu'on pourrait croire qu'il s'agit là d'une maladie actuellement bien connue. Or, si l'on y regarde de plus près, on s'aperçoit qu'en réalité nous ne savons, quant à l'apparition de la péritonite septique, que fort peu de choses de précis. Aussi, nos conceptions touchant la nature de l'affection, sont-elles très vagues. L'ignorance où nous sommes n'est pas seulement regrettable au point de vue théorique, elle l'est aussi au point de vue pratique. Car, il est rationnel d'admettre qu'on sera à même de prévenir d'autant plus

facilement la péritonite *septique*, qu'on en connaîtra mieux les conditions étiologiques.

En tous cas, une phlegmasie péritonéale *septique* n'est pas identique à une autre. Il convient de les séparer, et il est même préférable de distinguer certaines formes qui se différencient les unes des autres aussi bien par leurs caractères bactériologiques que par leurs caractères anatomiques et cliniques.

Quand une femme est infectée au cours de l'accouchement et que, parti du conduit génital, un processus infectieux se propage au péritoine, il survient une « péritonite septique » qui, presque constamment, a une issue fatale. Le facteur de cette phlegmasie est, dans ces cas, un micro-organisme, bien connu, le *streptococcus des plaies*. Les observations confirmatives de cette donnée datent déjà de plusieurs années, et toutes les recherches nouvelles sont venues la sanctionner.

Les germes pathogènes peuvent, de leur foyer d'origine, c'est-à-dire du conduit muqueux du canal génital, arriver au péritoine par deux voies différentes : à travers les trompes, ou par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, après avoir traversé la paroi utérine, y compris l'enveloppe séreuse de l'organe.

Quand il s'agit d'une de ces *péritonites à streptocoques*, l'état anatomique diffère un peu suivant que le processus affecte une allure aiguë ou une subaiguë.

Dans les cas où la mort survient promptement, après quelques jours, on trouve dans le péritoine un liquide coulant, floconneux, jaune clair. Frais, c'est-à-dire, recueilli immédiatement après la mort au moyen de l'aspiration, il est dépourvu d'odeur, et l'examen microscopique y décèle la présence de flocons de fibrine, de cellules endothéliales, de globules de pus, ainsi que celle de *cocci* en chaînettes. Le péritoine n'offre, en comparaison de la gravité de l'affection, que des altérations remarquablement légères. Sans doute l'intestin est fort distendu, mais son revêtement séreux est blanc et uni comme le reste du péritoine; çà et là seulement,

il est recouvert de couennes fibrineuses, ayant un aspect gélatineux. Quant aux *cocci* en chaînettes, on les rencontre, indépendamment de l'exsudat péritonéal, dans le conduit génital, dans le sang et dans la plupart des organes internes.

L'exsudat que, dans ces cas acquis, on trouve dans le péritoine, est doué d'une virulence extraordinairement accusée. Il suffit de la plus petite quantité, d'une parcelle de goutte, injectée dans le péritoine d'un lapin, pour y déterminer une péritonite septique généralisée avec exsudat séro-sanguinolent, et pour amener la mort au bout de 24 heures.

Lorsque, dans les cas de péritonite à streptocoques, le processus évolue d'une manière plus lente, qu'il laisse aux tissus le temps de réagir, les conditions anatomiques sont un peu différentes. L'exsudat, plus riche en globules blancs, a l'aspect du pus, l'enveloppe séreuse des organes viscéraux paraît trouble, fortement hyperhémiée, en certains points comme granuleuse et recouverte de couennes fibrineuses épaisses. Il faut alors injecter une grande quantité de cet exsudat dans le péritoine, pour tuer les animaux. Souvent, 3 ou 4 gouttes sont insuffisantes, et il faut aller jusqu'au contenu d'une seringue de Pravaz, pour produire une péritonite septique généralisée. Il semble que la virulence des germes, qui confèrent à l'exsudat ses propriétés infectieuses, s'atténuent d'autant plus, que les germes restent plus longtemps exposés à l'action des cellules vivantes et des humeurs des tissus.

Mais, tandis que les résultats des inoculations faites avec le pus septique sont très nets et constants, ils deviennent incertains lorsqu'on emploie des cultures pures de *streptococcus*. Ainsi, bien que dans les secondes, la proportion des micro-organismes inoculés soit beaucoup plus considérable que lorsqu'on se sert du pus lui-même, il est certain que l'action morbigène est de beaucoup plus faible. Or, à l'heure actuelle, il n'y a plus lieu de douter que l'on doive rapporter ces différences d'action à une atténuation dans le degré

de virulence, atténuation que subissent les streptocoques par le fait des méthodes de culture habituellement employées.

Une seconde variété d'inflammation péritonéale septique est la *péritonite chirurgicale*.

Assurément, la péritonite à streptocoques, dont nous venons de nous occuper, peut se développer à la suite de laparotomies, lorsque cet organisme, à l'état de virulence, est transporté soit par les mains, soit par les instruments, dans la cavité abdominale, ou lorsqu'il y arrive par l'intermédiaire de l'air ambiant. Mais, en raison des précautions minutieuses dont on entoure partout, à l'heure actuelle, les laparotomies, ces sortes d'infections constituent de véritables raretés. D'une manière générale, dans la péritonite septique qui survient après la laparotomie, il s'agit de quelque chose essentiellement différent. Trois séries de recherches que nous avons pu faire, dans trois cas de péritonite chirurgicale, septique, bien caractérisée, nous ont donné les résultats suivants :

L'exsudat péritonéal, à teinte hématique, mal coloré et (même immédiatement après la mort) déjà fétide, ne contient pas *un* micro-organisme spécifique, mais un *mélange* de germes. On y découvre, à l'aide du microscope, des bacilles de longueur et d'épaisseur différentes aussi bien que des *cocci* de grosseurs diverses. Dans un cas, il y avait des *cocci* en chaînettes.

Vient-on à insérer de la sécrétion péritonéale sur de la gélatine, le milieu de nutrition se liquéfie, et, concurremment avec les signes d'une décomposition putride, on voit se dévevelopper diverses formes de bactéries. D'autre part, la méthode des cultures sur plaques permet d'opérer le triage de ces micro-organismes. Si, alors, on injecte des cultures pures, dans la cavité péritonéale de lapins, on ne provoque aucune sorte de réaction. Les animaux en expérimentation restent bien portants, et, après peu de temps, les germes disparaissent du péritoine. Bien plus, la sécrétion péritonéale, fétide, injectée en *petites* quantités dans le péritoine des

animaux est parfaitement tolérée ; les animaux ne meurent que si l'on a injecté des quantités par trop grandes. Ainsi, les expériences faites directement avec les produits d'exsudation et les micro-organismes de la septicémie péritonéale humaine, confirment les résultats qu'avaient déjà obtenus Wegner, Grawitz, Pawlowsky et Reichel, dans leurs recherches expérimentales sur les animaux avec des produits de décomposition, tels que le contenu de l'intestin avec ses bactéries.

De tout cela, il ressort qu'on n'est pas autorisé à faire de la péritonite septique consécutive à des traumatismes chirurgicaux une maladie infectieuse au même titre que lorsqu'il s'agit de la péritonite à streptocoques. Celle-ci peut être déterminée par une quantité minime du germe virulent ; elle est au plus haut degré contagieuse, et une goutte du pus dont elle provoque la formation, injectée dans la cavité abdominale, *normale*, y reproduit la maladie ! Au contraire, les organismes qui se rencontrent dans la péritonite chirurgicale, et qui, dans son étiologie, jouent un certain rôle, sont inoffensifs pour le péritoine sain ; et même, la sécrétion purulente fétide, conséquence de l'affection, est tolérée à certaines doses et ne devient pas le point de départ d'une phlegmasie générale. En somme, l'inflammation péritonéale *post opératoire* n'est pas contagieuse, et la dénomination de péritonite *putride* est celle qui convient le plus.

Mais, comment s'installe cette variété de péritonite ? Les recherches bactériologiques ont conduit aux mêmes opinions que déjà, se fondant sur les analyses des faits cliniques, Kaltenbach et Schroder, et récemment Fristch (1), celui-ci d'une manière très remarquable, avaient exposées : pour toute laparotomie, même lorsqu'on s'entoure des précautions les plus minutieuses, des germes arrivent sur le péritoine. Être aseptique en opérant n'est pas pour longtemps encore, synonyme d'opérer en l'absence absolue de tous

(1) *Samml. klinisch. Vortrag.*, 1889, n° 339.

germes. Habituellement, ces germes tombés dans la cavité péritonéale sont détruits avant qu'ils n'aient eu le temps de se multiplier et de produire des décompositions. Mais, en raison d'une antisepsie insuffisante ou de la trop longue durée de l'opération, le nombre de ces germes augmente-t-il, la séreuse subit-elle sur une large étendue une excitation mécanique et chimique et son activité fonctionnelle est-elle atteinte, la cavité abdominale communique-t-elle avec des cavités opératoires, dans lesquelles stagnent du sang et des liquides sécrétés par des plaies, alors, il y a danger imminent que les germes, inoffensifs par eux-mêmes, trouvent un milieu de culture favorable, pullulent et qu'ils provoquent une décomposition des liquides sécrétés dans la cavité abdominale. Le processus une fois installé, les choses vont de mal en pis. Les organismes se multiplient, en effet, en nombre considérable, le contenu, d'abord séro-sanguin, se transforme en une sanie fétide, que les mouvements péristaltiques de l'intestin diffusent dans tous les points de la cavité abdominale. A cause de la puissance de résorption considérable du péritoine, la proportion du virus putride qui passe dans le sang est si forte, que les malades succombent à l'*intoxication putride*.

Les différences essentielles, qui, sous le rapport étiologique, distinguent la péritonite à streptocoques de la péritonite putride, se traduisent par certains traits dans la physionomie anatomo-clinique des deux affections. Là on trouve du pus dans le péritoine, ici de la sanie. Là, la maladie débute habituellement avec brusquerie, il y a du frisson et des températures élévées ; ici, la température s'élève plus lentement, et d'une manière parallèle au progrès de la décomposition.

A-t-on, avec ces deux variétés principales, épuisé la série des péritonites septiques, cela est douteux. Il se peut, il est même fort probable qu'il se rencontre des formes mixtes de péritonites putrides et de péritonites à streptocoques. Ce point, comme aussi celui de savoir si, dans la péritonite

putride, il s'agit toujours des mêmes organismes, ou s'ils varient suivant le temps, le lieu, et des circonstances fortuites, si, durant la vie, ils passent déjà en quantite considérable dans le sang, quels poisons ils fabriquent, etc., ce sont autant de problèmes dont la solution réclame de nouvelles recherches.

En résumé, d'après les notions étiologiques fixées dans ce qui précède, l'inflammation du péritoine se présente sous les formes suivantes.

1. — Péritonite aseptique (simple, de bonne nature). Cette variété est provoquée, *en dehors d'une participation active de bactéries*, par irritation mécanique, chimique et thermique. Elle est caractérisée par sa tendance aux exsudations fibrineuses et aux adhérences entre les feuillets séreux; en général, elle reste circonscrite, bien qu'elle soit susceptible de généralisation, quand l'irritation intéresse tout le péritoine.

2. — Péritonite septique :

a) P. *à streptococcus.* — Celle-ci est habituellement déterminée par l'infection puerpérale. Mais elle peut aussi dépendre de l'ouverture de foyers septiques dans le péritoine, d'infections survenues durant les opérations, etc.

b) P. *putride.* — Elle survient après des laparotomies et consécutivement à la perforation d'organes creux de l'abdomen.

3. — Inflammation spécifique du péritoine :

Dans cette catégorie, la péritonite *tuberculeuse* doit figurer au premier rang. Existe-t-il une péritonite *gonorrhéique ?* La chose est douteuse, les microbes de la gonorrhée ne possèdant d'action pathogène que sur les membranes muqueuses et mourant dans les cavités séreuses. Le pus gonorrhéique qui, de kystes tubaires rompus, fait irruption dans la cavité péritonéale, n'y agit, habituellement, qu'à la manière d'un corps étranger aseptique. Il s'y enkyste. Les choses se passent un peu différemment quand le pus tubaire, à l'origine purement gonorrhéique, contient, grâce à une infection mixte, des germes pyogènes. Dans ce cas, l'irruption du pus peut être l'origine d'une péritonite septique.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par **A. Routier**, chirurgien des hôpitaux de Paris (1).

La pathogénie de l'hématocèle rétro-utérine a de tout temps exercé la sagacité des auteurs ; chacun l'a expliquée d'une façon différente. Comme ces nombreuses théories sont pour la plupart le résultat d'autopsies pratiquées sur des malades atteintes depuis longtemps déjà, il semblait que l'intervention chirurgicale employée de nos jours plus près du début de la maladie, dût jeter une véritable lumière dans cette confusion, et permettre de découvrir la véritable cause de ces hémorrhagies.

Pour ma part, j'avais cru par ce moyen arriver à un résultat, aussi, ayant eu six fois à traiter des hématocèles par une opération, chaque fois, je m'étais efforcé de rechercher avec soin tout ce qui pourrait éclairer son obscure pathogénie.

Je dois avouer que jusqu'ici mes efforts sont restés stériles ; j'ai dû me contenter de confirmer ce qu'on savait déjà, c'est-à-dire, que tantôt l'épanchement de sang se fait dans le péritoine, tantôt en dehors de lui, que dans le premier cas, il s'entoure rapidement d'une néo-membrane isolante, que cependant, dans certains cas de suppuration rapide cette néo-membrane est si mince qu'elle paraît manquer, qu'enfin cette maladie est toujours liée à une perturbation des règles.

Mais si la pathogénie n'a pas avancé, la thérapeutique au contraire a fait de grands progrès qu'il me semble utile de faire connaître et de vulgariser.

Il n'y a pas longtemps, en effet, le traitement de l'hématocèle, comme celui de tous les épanchements de sang, était purement médical et surtout expectatif. L'ouverture d'une

(1) Leçon clinique faite à l'hôpital Laënnec.

collèction sanguine était tellement dangereuse que l'abstention était un des axiomes de la chirurgie.

Les épanchements de sang du petit bassin, à plus forte raison, étaient considérés comme des *noli me tangere*, et on attendait patiemment leur résolution ; que si celle-ci ne se produisait pas, s'il survenait au contraire de la fièvre, des frissons, de l'amaigrissement, en un mot, tous les signes de la suppuration, on attendait que l'abcès pointât sous la peau pour l'ouvrir, et on se déclarait satisfait quand cet abcès se vidait spontanément dans le vagin, l'intestin ou la vessie.

On avait, il est vrai, de cette façon, quelques rares guérisons, mais à quel prix, et de souffrance et de temps ; ajoutons enfin que chez beaucoup de femmes, cette terminaison était le début d'une infirmité qui conduisait plus ou moins vite à la mort.

Les choses ont bien changé, et les chirurgiens attaquent aujourd'hui l'hématocèle avec succès.

L'année dernière déjà, j'ai eu l'occasion de publier en juin 1888, dans la *Semaine médicale,* une leçon sur ce sujet à propos de 3 cas d'hématocèle que j'avais eus à traiter.

De ces trois femmes :

L'une avait une hématocèle intra-péritonéale remplie de caillots sanguins, l'autre une hématocèle rétro-utérine suppurée ; et la troisième des accidents de suppuration pelvienne consécutifs à la puerpéralité simulant à s'y méprendre l'hématocèle rétro-utérine transformée en abcès.

Dans ces trois cas, ma thérapeutique avait été la même, j'avais pratiqué une laparotomie médiane, l'ouverture et le lavage de la poche suivis de sa suture en bourse aux parois de l'abdomen.

Laissez-moi vous dire tout de suite que celle de nos malades dont j'avais blessé la vessie est depuis parfaitement guérie, et que des deux autres, celle qui avait l'hématocèle intra-péritonéale a mené depuis une grossesse à terme.

J'ai observé dans le cours de cette année quatre nouveaux cas d'hématocèle rétro-utérine, qui précisément ont présenté

des indications différentes de telle sorte que je les ai traitées autrement, c'est ce qui m'engage à vous les faire connaître.

Tout d'abord, dans un cas, je n'ai absolument rien fait, au moins comme chirurgie armée, les purgatifs, le repos au lit, les injections vaginales chaudes ont suffi pour amener assez vite la résorption d'une tuméfaction du volume du poing.

Dans ce cas, il est vrai, j'avais vu l'hématocèle quelques jours après son début, et comme il n'y avait aucun symptôme pressant, qu'il n'y avait pas de fièvre, pas de menace de suppuration, que d'autre part, après quelques jours d'observation, la tumeur me parut diminuer, j'attendis prudemment et la guérison a été parfaite, il y a eu résorption presque totale du sang épanché.

Dans les trois autres cas, j'ai employé l'incision vaginale, mais avant de vous dire pourquoi, il est bon que je vous fasse d'abord connaître l'histoire de ces malades.

Obs. I. — J. V., âgée de 36 ans, entre le 6 juillet 1889. Depuis le mois de mai, elle a des pertes de sang presque continues avec de vives douleurs dans le ventre, et des difficultés énormes du côté de la miction et de la défécation.

Cette femme assez amaigrie et très pâle nous dit qu'elle a toujours été bien portante avant cet accident, elle a eu trois grossesses venues à terme en 1875, 1879 et 1884, n'a jamais fait de fausse couche et a toujours été bien réglée.

Les pertes de sang ont commencé sans raison appréciable.

L'abdomen est augmenté de volume, sa simple inspection permet de deviner une tumeur.

Par la palpation il est facile de reconnaître l'existence d'une tuméfaction remplissant le petit bassin et remontant tout près de l'ombilic : cette tuméfaction se compose de deux parties, l'une dure, tangente au pubis, débordant surtout à droite le long de l'arcade, l'autre mollasse, arrondie, en arrière de la première, et formant les 5/6 de la masse totale.

Au toucher, le col utérin aplati derrière le pubis, dévié à droite, se continue manifestement avec la masse dure sentie par la palpation, c'est donc l'utérus, normal, sans changement de volume.

En arrière de ce col, une grosse tuméfaction mollasse fait dans le vagin une saillie convexe à la place du cul-de-sac postérieur.

Le toucher rectal permet d'apprécier la grande étendue de cette tuméfaction qui déborde dans tous les sens.

Je portai le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine.

Dans ce cas, bien que la maladie fût la même que celle de la femme dont j'ai cité plus haut l'observation, les indications étaient différentes ; les accidents duraient depuis 3 mois, l'état général se gâtait, les troubles de la miction et de la défécation augmentaient, tout nous prouvait qu'il fallait agir.

Le 25 juillet, après avoir pris soin de bien laver le vagin, je fis sur cette tuméfaction rétro-utérine une incision antéro-postérieure de 2 larges travers de doigt, il s'écoula aussitôt une assez grande quantité de sang noirâtre, semblable à du raisiné, et je pus avec les doigts retirer de cette poche un plein bassin de caillots pendant qu'au moyen d'une canule en verre, je faisais une irrigation continue avec la solution chaude de naphtol.

Quand la poche me parut complètement propre et débarassée de ces caillots, je plaçai 3 gros drains retenus en place par un point de suture à la lèvre de mon incision, et le vagin fut tamponné avec l'ouate iodoformée.

Je vous prie de remarquer qu'en manœuvrant avec les doigts dans cette poche j'ai partout trouvé une paroi plus ou moins tomenteuse, plus ou moins régulière, mais je n'ai nulle part senti ni anses intestinales, ni annexes de l'utérus.

Les suites furent des plus simples ; huit ou dix jours après, il y eut une perte de sang par l'orifice utérin qui s'arrêta sous l'influence des injections vaginales chaudes.

Le 17 août la malade sortait complètement guérie.

Notre second cas est plus intéressant encore.

Obs. II. — T. M., âgée de 21 ans, entre le 26 août 1889, pour des douleurs dans le ventre ; elle a une vaginite purulente intense, l'utérus gros, lourd, en antéversion, les annexes sont douloureuses des 2 côtés ; l'ovaire droit paraît prolabé derrière l'utérus ; elle n'a jamais eu de grossesse ; ses règles ont augmenté de durée depuis 2 ans et sont douloureuses.

Nous ne nous occupons que de la vaginite que nous traitons par les lavages au sublimé et le tampon d'ouate iodoformée.

A plusieurs reprises elle a des crises d'hystérie; régime tonique, douches froides.

Le 28 septembre, les règles venues hier s'arrêtent brusquement, elle accuse en même temps de vives douleurs abdominales, et vomit.

Le 29. Ventre ballonné, vomissements porracés, 39°.

4 octobre. Les douleurs sont plus vives, il y a entre la température du matin et celle du soir des écarts de 3 degrés : 36°,8, 39°,7; la palpation jusque-là impossible me permet de sentir une grosse tumeur fluctuante ; au toucher, énorme tuméfaction rétro-utérine surtout à droite, très fluctuante.

C'est évidemment une hématocèle rétro-utérine rapidement passée à la suppuration.

Anesthésie, lavage vaginal, évacuation de l'urine ce qui me permet de constater que la vessie aplatie sur la ligne médiane s'est développée en croissant sur les parties latérales de la tumeur. Incision antéro-postérieure du cul-de-sac postérieur, issue de 1 litre 1/2 de pus environ ; mon doigt introduit dans la poche, pour guider une canule en verre destinée à faire le lavage, reconnaît à mon grand étonnement des anses intestinales, des franges épiploïques, la face postérieure de l'utérus, l'ovaire et la trompe gauche libres que j'amène jusqu'au niveau de l'incision et que je replace dans leur situation normale après avoir constaté de visu leur intégrité; l'ovaire et la trompe droits, indurés, sont fixés, un peu en arrière, de façon à former un angle avec la face postérieure de l'utérus ; les adhérences qui maintiennent ces annexes sont telles que je ne puis les faire descendre.

J'étais en somme dans la cavité péritonéale libre, sans adhérences protectrices et isolatrices, je n'osai faire un lavage ainsi, à l'aveugle, je me contentai de mettre dans l'incision vaginale une grosse mèche de gaze salolée.

Les suites furent si simples que la malade se croyait guérie dès le lendemain, elle s'asseyait sur son lit et se remuait beaucoup trop malgré nos recommandations. Mal lui en prit, elle eut 40° le soir ; mais avec quelques lavages vaginaux, tout danger fut conjuré.

Le 23. Elle sortait complètement guérie, l'utérus mobile, le col un peu gros, les annexes ne formant tumeur d'aucun côté, l'ovaire et la trompe droite eux-mêmes n'étaient pas douloureux à la pression.

Obs. III. — B. M., âgée de 42 ans, entre le 13 octobre 1889 pour des douleurs abdominales : Il y a 3 jours, ses règles étaient près de finir, quand elle a eu subitement une vive douleur dans le ventre suivie de vomissements.

A son entrée, pouls petit, misérable, faciès abdominal, 39°,6, elle vomit presque continuellement des matières verdâtres.

Le ventre est ballonné, on sent assez difficilement une tuméfaction sus-pubienne, remontant tout près de l'ombilic ; la fluctuation est au moins douteuse.

Au toucher, le col est aplati derrière le pubis et très haut, le cul-de-sac postérieur est remplacé par une grosse tuméfaction qui remplit tout le petit bassin et qui ne me paraît pas nettement fluctuante.

Purgatif, lavages vaginaux, glace sur le ventre.

Le 19. La fluctuation me paraît manifeste au toucher vaginal ; anesthésie, ouverture du cul-de-sac postérieur, issue de 1 litre 3/4 de pus infect avec lambeaux concrétés ; mon doigt introduit dans la plaie reconnaît les anses intestinales et les annexes des 2 côtés comme au travers d'une très mince fausse membrane.

Lavage abondant de la cavité à l'eau naptholée chaude. Grosse mèche de salol. Tampon vaginal d'ouate iodoformée.

La fièvre tombait le jour même, la malade se sentant très soulagée. Le 26, trouvant que la mèche ne drainait pas suffisamment, je la remplaçai par 2 tubes qui furent enlevés après 7 jours.

Le 12 novembre, la malade était complètement guérie et se levait déjà depuis plusieurs jours.

Quand elle est sortie, l'utérus était mobile et toute douleur avait disparu.

Dans ces trois cas, j'aurais pu évidemment me comporter comme je l'avais fait l'an dernier, et je crois bien que j'aurais guéri mes malades par la laparotomie, l'ouverture de la poche, son lavage et sa suture aux parois ; mais vraiment l'incision vaginale me paraît plus simple et plus rapide ; j'ajouterai même moins dangereuse.

Vous savez que je ne crains pas la laparotomie, vous m'en voyez assez pratiquer ici pour en être convaincus, mais je n'en reste pas moins persuadé que c'est une opération grave,

aussitôt qu'on ne se contente plus d'ouvrir simplement le péritoine, ce serait alors la plus bénigne des interventions ; mais quand il faut se livrer à des manœuvres ultérieures, quand il s'agit surtout de manier des poches purulentes, le plus soigneux des chirurgiens ne peut jamais alors répondre de son asepsie, et par là, de la vie de sa malade.

Je vous ai dit que l'incision vaginale me paraît moins dangereuse, j'ajoute, surtout pour les cas où il y a déjà de la suppuration.

Il semble en effet que le péritoine du petit bassin chez la femme soit la région de la séreuse la moins susceptible et la plus tolérante, c'est toujours celle que nous voyons en cause dans les cas si nombreux d'inflammations localisées ; cette propriété semble avoir été bien remise en lumière dans les récentes communications sur le traitement chirurgical de la péritonite ; les quelques succès qu'on a pu enregistrer sont presque tous des cas dans lesquels l'inflammation s'était spontanément cantonnée, dans cette région.

Je crois donc qu'il faut savoir utiliser cette propriété, et que dans les cas où la suppuration remplit le petit bassin, aujourd'hui que nous savons bien aseptiser le vagin, il est plus simple d'ouvrir par là ces collections purulentes, d'évacuer ainsi les amas de caillots quand il le faut.

Entraîné par mes lectures, à l'exemple d'Imlach, de Lawson Tait, et surtout, imitant ainsi ce que je faisais pour les salpingites purulentes, j'avais jusqu'ici préféré la laparotomie, convaincu que la voie vaginale était dangereuse parce qu'il était difficile par là d'éviter l'infection des foyers.

J'avoue qu'aujourd'hui mon opinion s'est beaucoup modifiée, et qu'à la suite de Gusserow, de Roth, de Champneys, je préfère la voie vaginale.

En comparant mes observations de l'année dernière à celle que je viens de vous rapporter, je vois que dans mes premiers cas la tumeur semblait être plus abdominale, que la saillie dans le vagin y est moins affirmée; c'est bien du reste cette énorme saillie vaginale qui m'a engagé à attaquer par

cette voie la première des malades de ma seconde série, celle qui avait ce gros amas de caillots, mais je dois dire aussi que c'est la facilité d'exécution, la bénignité des suites, la rapidité de la guérison observées chez elle, qui m'ont fait traiter de même les deux autres : et dorénavant, pour peu que la tuméfaction soit tangible par le vagin, je n'hésiterai plus à adopter ce mode d'intervention.

Si j'ai changé au point de vue de la méthode opératoire, je n'ai pas varié sur les indications de l'intervention chirurgicale, et je puis vous répéter ce que j'avançais à cette époque, c'est que : le diagnostic de l'hématocèle établi, pour peu que la résorption tarde à se faire, s'il existe concurremment des troubles locaux ou généraux, je considère qu'il faut proposer une opération ; je préfère aujourd'hui l'incision vaginale.

Je terminerai en vous disant comment je crois qu'il faut la pratiquer.

La malade sera purgée de façon à bien évacuer le rectum, la vessie sera vidée au moment même, afin d'une part de savoir avec la sonde et le toucher vaginal quels sont les rapports de la vessie avec la tumeur, et aussi pour réduire cette vessie à son minimum de volume.

Les parties génitales externes seront lavées et rasées, le vagin sera bien débarrassé du mucus et des débris épithéliaux par un lavage à l'eau naphtolée chaude, après quoi on placera un écarteur vaginal sur la fourchette et le col utérin saisi avec la pince, sera fixé et abaissé autant que possible.

L'index gauche se rend une dernière fois compte des rapports de la partie saillante de la tumeur avec le col, et on procède à l'incison.

Ici deux camps, les partisans de l'incision transversale, les partisans de l'incision antéro-postérieure.

J'avoue que je ne me passionnerai ni pour l'un ni pour l'autre, l'incision faite transversalement comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale me paraît exempte de dangers, j'en dirai autant de l'incision antéro-postérieure ;

mieux vaut se guider sur les conditions particulières que présentera la tumeur dans chaque cas, que de s'exposer à formuler une règle qui souvent serait à modifier.

Aussi, l'incision sera-t-elle faite suivant le plus grand axe de la tumeur, soit couche par couche, soit par ponction ; il importe seulement qu'elle soit assez grande pour permettre une facile exploration digitale de la cavité qu'on va ouvrir, il faut qu'outre le doigt, une canule à lavage puisse passer en même temps par l'incision, afin que le liquide injecté retrouve une porte de sortie facile.

Comme vous avez pu le voir dans mes observations, on ne trouve pas toujours une poche à parois bien limitées, dans mon second cas, je n'ai même pas trouvé de parois du tout, et le pus autant que j'ai pu m'en rendre compte était au moins en contact direct avec quelques anses intestinales et la paroi postérieure de l'utérus.

Il importe de drainer ces cavités soit avec des tubes en caoutchouc, soit avec des mèches de gaze antiseptique, il faut savoir que ces dernières remplissent moins bien cet usage.

Puis, afin de garder une asepsie suffisante du vagin, il faut appliquer sur l'orifice du drain un ou deux tampons d'ouate iodoformée suivant la capacité du vagin.

Les soins consécutifs sont aussi des plus simples : la quantité du liquide qui s'écoulera par les drains nous indiquera combien de jours il faut les laisser en place : on devra par leur intermédiaire faire des lavages quotidiens, l'eau naphtolée a l'avantage d'être antiseptique sans être caustique ou nuisible par son absorption.

Les drains enlevés, de simples lavages vaginaux conduiront jusqu'à la guérison.

L'incision vaginale, le lavage et le drainage constituent en somme une intervention chirurgicale facile, rapide, bénigne et à résultat excellent.

L'hésitation n'est pas permise si on a affaire à une hématocèle suppurée ; on ne peut discuter que pour les cas où la

tumeur est encore formée par du sang ; or si on compare la bénignité de l'incision vaginale au long temps que réclame la résolution d'un gros épanchement sanguin, surtout aux dangers qu'entraîne une suppuration relativement fréquente, je crois qu'on devra intervenir chirurgicalement toutes les fois que la tumeur formée par l'hématocèle ne semblera pas diminuer franchement après une ou deux semaines de repos au lit, comme cela m'est arrivé dans la première observation de ma seconde série.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'HYPOAZOTURIE AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC DES AFFECTIONS CHIRURGICALES

Par **Henri Hartmann** et **Charles Gundelach.**

Dans ces dix dernières années, l'étude des variations de l'urée chez les néoplasiques, leur valeur séméiologique et l'importance qu'elles présentent au point de vue du pronostic opératoire des tumeurs abdominales, ont fait l'objet d'un assez grand nombre de travaux.

Tandis que Rommelaere (1) et à sa suite Thiriar (2),

(1) Contribution à l'histoire médicale de l'urée, *Ann. de l'Univ. de Bruxelles, Fac. de médecine*, 1880, T. I, p. 189. — Mensuration de la nutrition organique, déductions cliniques, *Bull. de l'Académie royale de Belgique*, 1882, p. 992. — Du diagnostic du cancer et de l'ulcère de l'estomac, *Ann. de l'Univ. de Bruxelles, Fac. de méd.*, 1882, T. III, p. 233. — De la mensuration de la nutrition organique, applications cliniques, *Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles*, 1883, T. LXXVII, p. 3, 225 et 344; phosphaturie, *ibid.*, 1884, T. LXXVIII, p. 225 et 337. — Des rapports de l'azoturie et de l'alimentation à l'état morbide. *Ibid.*, 1885, T. LXXX, p. 673, et 1886, T. LXXXII, p. 17, 53, 149, 219, 278, 301 ; T. LXXXIII, p. 421.

(2) Examen des urines dans la chirurgie abdominale, 1er *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1885, p. 140. — De l'importance du dosage quotidien de l'urée en chirurgie abdominale, 2e *Congrès français*, 1886, p. 50.

Muller (1) considèrent l'hypoazoturie comme un phénomène constant chez les cancéreux et lui accordent une valeur séméiologique considérable (2), Grégoire (3), A. Robin (4), Dujardin-Beaumetz (5), et son élève Deschamps (6), Kirmisson (7), Henrijean et Prost (8), attribuent la diminution de l'urée, quand elle existe, à l'insuffisance de l'alimentation et ne pensent nullement que ce signe puisse servir de guide pour le diagnostic des néoplasmes malins.

Tout récemment, une thèse, contenant de nombreux documents, vient d'être soutenue, devant la Faculté de Montpellier, par M. G. Rauzier. L'auteur de ce travail, auquel nous ferons de fréquents emprunts, pense que « *la constatation de l'hypoazoturie peut avoir une grande importance diagnostique* (9). Pour lui, « *quand il s'agit d'une tumeur abdominale, la diminution de l'urée, lorsqu'elle est notable, lorsqu'il n'existe ni tuberculose ni ascite, constitue une contre-indication formelle à l'intervention chirurgicale; car, tantôt elle affirme la nature maligne de la tumeur, tantôt elle est sous la dépendance d'altérations rénales qui devront évoquer dans l'esprit du chirurgien le fantôme de l'urée post-opératoire* (10). »

---

(1) Des échanges organiques chez les cancéreux, 8e *Congrès de médec. interne*, tenu à Wiesbaden, *Semaine médicale*. Paris, 24 avril 1889, p. 139.

(2) Pour Rommelaere la malignité morbide, désignée sous la dénomination clinique de cancer, serait le résultat d'une viciation de la nutrition intime ; la réalité de cette viciation serait établie par l'hypoazoturie.

(3) *De l'urée dans le cancer*. Th. Paris, 1883, n° 15.

(4) L'urée et le cancer, *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, Paris, 1884, 3e s., T. I, p. 317, et *Gazette médic. de Paris*, 16 août 1884, p. 385.

(5) Sur le diagnostic du cancer de l'estomac, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris 1884, 3e s. T. I, p. 298, et *Gaz. hebdom.*, Paris, 1884, p. 513.

(6) *Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac*. Th., Paris, 1884, n° 78.

(7) Dosage de l'urée comme moyen diagnostic, 1er *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1885, p. 166.

(8) Contrib. à l'étude des urines pathologiques. *Bull. de l'Académie de méd. de Belgique*, 1886, p. 969.

(9) *De la diminution de l'urée dans le cancer*. Th., Montpellier, 1889, p. 110.

(10) *Loc. cit.*

Au moment où ce travail parut, nous poursuivions une série de recherches sur le même sujet dans le service de chirurgie de l'hôpital Bichat, que dirigent nos maîtres MM. Terrier et Quénu. Leur résultat n'est point confirmatif des conclusions posées par M. Rauzier.

Nos analyses, faites pendant les mois de juin, juillet, août et septembre de cette année, ont porté sur des femmes atteintes d'affections diverses, de néoplasmes abdominaux le plus souvent. Pour doser l'urée, nous nous sommes servi de l'appareil de Régnard ; toujours nous avons fait nos analyses en prenant le mélange de la totalité des urines des 24 heures, et, autant que possible, nous avons cherché à faire plusieurs analyses consécutives, afin de pouvoir établir une moyenne, la quantité d'urée excrétée présentant quelquefois des variations considérables. Cela n'a malheureusement pas toujours été possible ; il est extrêmement difficile d'obtenir de malades, surtout quand il s'agit de femmes, qu'ils gardent, pendant plusieurs jours consécutifs, la totalité de leurs urines ; aussi le nombre des analyses, faites chez la même malade, n'a-t-il pas toujours été aussi grand que nous l'eussions désiré. Nous croyons cependant qu'il est suffisant pour nous permettre de tirer à notre tour quelques conclusions. Nous rapprocherons du reste de nos observations les faits comparables publiés dans la thèse de M. Rauzier, de manière à nous appuyer sur un plus grand nombre d'analyses.

Les chiffres généralement donnés dans les traités de physiologie, 33 gr. en moyenne (Hoppe-Seyler) (1), comme représentant la moyenne de l'urée excrétée pendant les 24 heures, rigoureusement exacts pour des sujets sains, s'alimentant normalement et menant une vie active, sont notablement trop élevés lorsqu'on veut les appliquer à des malades hospitalisés, alors même que ceux-ci ne sont atteints que d'affections chirurgicales ne semblant pas au premier abord, de-

(1) *Allgemeine Biologie*. Berlin, 1877, p. 802.

voir influencer d'une manière directe les processus de la nutrition. Yvon et Berlioz (1) ne donnent du reste comme chiffre moyen de l'urée excrétée que 26 gr. 52 par 24 heures chez l'homme et que 20 gr. 61 chez la femme, chiffre qu'adopte M. Rauzier.

Un grand nombre de causes déterminent des variations dans la quantité de l'urée excrétée. La moindre diarrhée, un accès de fièvre, un changement de régime, les variations de la sécrétion sudorale, etc., amènent des écarts de chiffres considérables. Il y a là toute une série de conditions qui ont une influence évidente et qu'on a trop souvent négligées. Nous avons cherché autant que possible à en tenir compte et à ne faire d'analyses que dans les cas où les malades n'avaient rien présenté d'anormal pendant les 24 heures où l'on avait recueilli les urines.

Une première question se pose : *L'hypoazoturie existe-t-elle dans les néoplasmes malins et peut-elle servir dans les cas douteux à préciser un diagnostic ?*

Nous avons constaté, dans un certain nombre d'analyses, une hypoazoturie des plus nettes, entre autres chez trois malades, atteintes l'une d'un cancer de la cloison vésico-vaginale à la période terminale, l'autre d'un épithélioma de l'ovaire dont on avait inutilement tenté l'extirpation, quelques années auparavant ; la troisième d'un épithélioma ovarien généralisé. Chez la première la moyenne quotidienne de l'urée était de 4 gr. 155 ; chez la deuxième de 6 gr. 030 ; chez la troisième de 7 gr. 2.

Obs. I (personnelle). — F..., 58 ans, entrée le 17 septembre 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 3, pour un cancer de la cloison vésico-vaginale à la période terminale.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
20 septembre.....	600	4gr611
21 —	500	3,843
22 —	600	4,611

Moyenne de l'urée par jour = 4 gr. 155

La malade est morte dans les derniers jours de septembre.

(1) Composit. moyenne de l'urine normale. *Rev. de médecine.* Paris, septembre 1888.

Obs. II (personnelle). — F.., 30 ans, entrée le 8 avril 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 25. Ovariotomie incomplète, il y a quelques années, par M. Terrier.

Repullulation du néoplasme et envahisssement de la peau.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
9 juin..........	1000	1007	6gr305
10 —	750	1009	6, 620
13 —	950	1007	4, 791
16 —	1250	1010	6, 405

Moyenne de l'urée par jour = 6 gr. 030

Obs. III (personnelle). — F..., 55 ans, entrée le 9 mai 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 27. Ovariotomie pour un kyste végétant en 1887. Ablation d'un cancer du sein en 1888. Noyaux cancéreux multiples dans le péritoine et ascite en 1889.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
14 juin..........	1250	1008	7gr881
16 —	1000	1006	6, 305
17 —	1000	1008	7, 686
18 —	1000	1008	7, 566
19 —	1100	1008	8, 322
21 —	800	1009	6, 052
22 —	750	1009	6, 620

Moyenne de l'urée par jour = 7 gr. 2

La malade est morte à la fin du mois de juillet.

De même une série d'observations nous a montré, dans des cancers de l'utérus, un abaissement du taux de l'urée à 10 gr. 3 et à 6 gr. 1 chez deux de nos malades, à 11 gr. 61, à 8 gr. 8, à 6 gr. 99 et même à 3 gr. chez des malades de M. Rauzier.

Obs. IV (personnelle). — F..., 63 ans, entrée le 18 juin 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 8, pour un épithélioma de l'isthme de l'utérus donnant lieu de temps à autre à des accidents de rétention utérine et dont les premiers symptômes remontent à 18 mois. Pâleur, amaigrissement, chairs flasques.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
8 juillet 1889.......	850	1018	11gr790
9 —	700	1023	8, 827

Moyenne de l'urée par jour = 10 gr. 308

Pas d'albumine.

Hystérectomie vaginale par M. Terrier, assisté de M. Hartmann. Guérison.

Obs. V (personnelle). — F..., 48 ans, entrée à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 27, le 27 juillet 1889 pour un épithélioma du col de l'utérus ayant envahi les ligaments larges. Pertes sanieuses, face pâle, état demi-cachectique.

9 août. Amputation sus-vaginale du col et curage de l'utérus par M. Terrier, aidé de M. Delagénière.

Repullulation rapide.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
8 septembre 1889..............	500	6gr935
9 —	600	6, 809
10 —	600	5, 296

Moyenne de l'urée par jour = 6 gr. 346

Pas d'albumine.

La malade quitte l'hôpital mourante vers la fin de septembre.

Obs. VI (Rauzier, obs. XLII de sa thèse). — F., 41 ans ; cancer inopérable du col de l'utérus ; teint terreux et jaune paille.

DATES	URINES	URÉE	CHLORURES
17 novembre 1888.	750	11,25	6,82
18 —	1200	12,12	10,08
19 —	850	11,47	7,99

Moyenne de l'urée par jour = 11 gr. 61.

Pas d'albumine, pas de sucre.

Obs. VI (Rauzier, obs. XXXIX de sa thèse). F., 33 ans, épithélium utérin, ayant détruit une grande partie du col de l'utérus et envahi le vagin. Malade pâle, maigre, cachectique.

DATES	URINES	URÉE	CHLORURES
10 mai 1888.	800	8,88	1,68

0,10 d'albumine.

Il survient dans la suite des poussées de phlegmatia et la malade meurt le 10 juillet. A l'autopsie, abcès multiple du sein gauche et noyaux cancéreux à sa partie inférieure.

Obs. VII (Rauzier, obs. XL de sa thèse). F., 48 ans; champignon épithéliomateux du col ; pâleur, amaigrissement, cachexie.

DATES	URINE	URÉE	CHLORURES
3 novembre 1888.	850	8,50	7,8
4 —	750	6,71	—
5 —	750	5,17	6,7

Moyenne de l'urée par jour — 6 gr. 99

Obs. IX (Rauzier, obs. XLIV de sa thèse). — F., 51 ans, arrivée à la période ultime de la cachexie, et atteinte depuis 25 mois d'un cancer du col de l'utérus qui s'est étendu peu à peu au vagin, à la vessie et au rectum, provoquant la formation d'un vaste cloaque. Cette malade ne rend que 3 grammes d'urée dans les 24 heures.

On serait en droit de conclure des analyses faites chez ces diverses malades que le cancer s'accompagne d'une hypoazoturie notable. Mais qu'on lise les observations som-

maires que nous donnons et l'on verra qu'il s'agissait de malades cachectiques qui, presque toutes, étaient arrivées à la période terminale de leur affection ; la seule exception avait trait à une vieille femme de 63 ans (obs. II) dont l'âge et le défaut de nutrition suffisaient pour expliquer la diminution du taux de l'urée, diminution qui, du reste, n'était pas des plus considérables, la malade excrétant encore 10 gr. 308 d'urée par jour.

Lorsqu'au contraire on analyse les urines de femmes porteuses d'un cancer de l'utérus même étendu aux parties voisines, mais jouissant d'un état général encore bon, s'alimentant bien et n'offrant en rien les caractères de la cachexie, on voit le chiffre de l'urée monter à 14 gr. 692, à 16 gr. 393, et même à 17 gr. 96 et à 18 gr. 58, comme le prouvent les observations suivantes :

Obs. X (personnelle). — F., 49 ans, entrée à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 26, le 17 juin 1889 pour un épithélioma de l'utérus. Cette malade a déjà été grattée antérieurement dans le service et a même subi une amputation sus-vaginale du col. Elle revient pour une métrorrhagie. Tout le fond du vagin est occupé par une masse friable dans laquelle le doigt pénètre à une grande profondeur ; les ligaments larges sont pris. L'état général est cependant resté excellent ; la malade est grosse et, à la voir, on ne soupçonnerait pas l'étendue des lésions dont elle est atteinte.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
3 juillet 1889......	1500	1015	21gr698
4 —	900	1020	14, 753
5 —	750	1022	11, 348
Du 6 au 12 juillet la malade a une perte.			
12 —	750	1017	10, 403
26 —	1100	1017	15, 258

Moyenne de l'urée par jour = 14 gr. 692

Évidement de l'utérus par M. Hartmann ; cessation de la métrorrhagie.

Obs. XI (personnelle). — F., 39 ans, entrée le 21 juin 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 14, pour un épithélioma de la lèvre antérieure du col, s'étendant jusqu'à l'insertion vaginale. A part un certain degré de pâleur, la malade offre tous les attributs de la santé.

Urines, 1300 gr. ; densité = 1015 ; urée par jour = 16,393.

Hystérectomie vaginale par M. Terrier, aidé de M. Hartmann ; guérison.

Récidive et fistulisation de la vessie peu de temps après, avec persistance d'un bon état général.

Obs. XII (Rauzier, obs. XLI de sa thèse). — F., 50 ans, pâle mais non cachectique. Cancer du col de l'utérus.

DATES	URINE	URÉE	CHLORURES
15 novembre 1888...	570	15gr16	6gr15
16 — ...	850	19, 72	7, 48
17 — ...	950	19, —	9, 6

Moyenne de l'urée par jour = 17 gr. 96

L'hystérectomie vaginale, faite par M. Tédenat, est suivie de mort en 48 heures.

Obs. XIII (Rauzier, obs. XLIII de sa thèse). — F., 54 ans, atteinte d'un épithélioma du col de l'utérus avec envahissement des tissus périutérins et de la paroi vaginale, mais sans cachexie.

DATES	URINE	URÉE	CHLORURES
22 novembre 1888...	1000	14,70	8gr4
23 — ...	1200	22,45	9, 0

Moyenne de l'urée par jour = 18 gr. 58

L'analyse des urines de malades atteintes d'autres cancers, de cancers du sein, par exemple, conduit aux mêmes conclusions :

Obs. XIV (personnelle). — F., 55 ans, entrée le 20 juillet 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 4, pour un cancer du sein avec ganglions axillaires, œdème du membre supérieur. Pas de cachexie. Éruption pemphigoïde.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE
22 juillet..........	600	1024	18gr915
23 —	800	1017	18, 158
24 —	1000	1018	21, 437
25 —	1100	1017	22, 193
26 —	1500	1015	22, 698
27 —	800	1022	17, 496

Moyenne de l'urée par jour = 20 gr. 547

Ablation du sein et de la masse axillaire par M. Delagénière ; résection de la veine axillaire. Guérison.

Obs. XV (personnelle). — F., 53 ans, entrée le 24 juillet 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 15, pour un cancer du sein avec ganglions axillaires. État général bon.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
26 juillet 1889.....	800	1026	22gr193
27 —	900	1025	21, 563
28 —	1000	1020	21, 777
29 —	1000	1020	20, 496
30 —	700	1024	19, 727

Moyenne de l'urée par jour = 21 gr. 151

Ablation du sein et curage de l'aisselle par M. Terrier. Réunion par première intention.

Obs. XVI (personnelle). — F., 59 ans, entrée le 17 septembre 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 4 bis, pour un cancer du sein avec ganglions axillaires. État général bon.

1500 gr. d'urine par jour ; 24 gr. 979 d'urée par jour en moyenne.

Ablation du sein et curage de l'aisselle par M. Hartmann. Réunion par première intention.

Obs. XVII (Rauzier, obs. XV de sa thèse). — F., 38 ans, atteinte d'un cancer du sein droit sans ganglions apparents dans l'aisselle.

23 octobre 1886, 24 gr. d'urée.

Ablation du sein par M. Tédenat le 25 octobre.

En octobre 1888, pas de récidive ; moyenne de trois analyses 25 gr.

Obs. XVIII (Rauzier, obs. XIV de sa thèse). — F. de 51 ans ; tumeur cancéreuse récidivée du sein gauche avec état général excellent.

Le 19 octobre 1882, 26 gr. d'urée.

Ablation de la tumeur par M. Tédenat le 20 octobre 1882.

En novembre 1888 pas de récidive ; deux analyses d'urine donnent 27 gr. et 24 gr. d'urée par 24 heures.

Dans ces cinq cas de cancer du sein le taux de l'urée reste, comme on le voit, normal (20 gr. 547 ; 21 gr. 151 ; 24 gr. 979 ; 25 gr., 25 gr. 5), fait facilement explicable par l'absence d'altération dans l'état général des malades. Qu'au contraire la santé s'altère, que la malade se cachectise et l'on va voir le chiffre de l'urée descendre rapidement :

Obs. XIX (Rauzier, obs. VIII de sa thèse) — F. de 40 ans, atteinte d'un squirrhe du sein avec noyaux secondaires dans le rachis ; état cachectique, amaigrissement extrême.

DATES	URINE	URÉE	CHLORURES
10 février 1888.....	....	7gr60	....
7 avril 1888......	....	2, 23	7gr2
12 mai 1888.......	950	7, 175	8, 84

Obs. XX (Rauzier, obs. XVI de sa thèse). — F. de 31 ans, porteuse d'un cancer du sein avec ganglions axillaires ; femme fortement constituée. Ablation de la tumeur par M. Tédenat le 8 mai 1886 ; réunion immédiate. A partir de juillet 1887, signes de cancer du rachis, avec état général encore excellent.

En décembre 1887, teint jaune paille, douleurs atroces, embonpoint conservé. En avril 1888, début d'amaigrissement, mort dans le courant de l'année.

DATES	URÉE
5 Mai 1886	24
15 Juillet 1886	26
Janvier 1887	24
Juillet 1887	23
Décembre 1887	23
Avril 1888	19

La dernière observation que nous venons de relater, est, à notre point de vue, des plus intéressantes ; elle nous montre une malade cancéreuse dont l'urée excrétée reste normale malgré une tumeur du sein, malgré une récidive dans le rachis et ne diminue que lorsque la santé générale s'altère, lorsque survient l'amaigrissement. C'est là un fait démonstratif au premier chef et bien difficile à concilier avec la théorie qui veut que l'hypoazoturie ne soit que le signe d'une viciation de la nutrition conduisant au cancer.

On voit du reste les différences les plus considérables dans le taux de l'urée au cours d'une même affection suivant qu'on observe la malade à une période relativement rapprochée du début, ou à la période cachectique. Le fait ressort nettement de la lecture des deux observations qui suivent de laparotomie exploratrice pour *cancer du péritoine.*

Obs. XXI (personnelle). — F., 47 ans, entrée le 27 juin 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 15, pour une affection abdominale, accompagnée d'ascite.
État général bon.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
3 juillet 1889......	1500	1020	22gr698
5 —	1600	1018	22, 193
6 —	1250	1020	18, 915

Moyenne de l'urée par jour = 21 gr. 268

Le 16 juillet, laparotomie par M. Terrier, assisté de M. Quénu. Évacuation de l'ascite. On trouve un cancer du péritoine et l'on recoud la plaie abdominale.
Guérison après fistulisation passagère de la partie moyenne de la ligne de suture.

Obs. XXII (personnelle). — F. de 64 ans, entrée le 1er juillet 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 19, pour une affection abdominale avec ascite. État cachectique ; eschare au sacrum.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
3 juillet 1889.....	250	1016	3gr467
4 —	200	1010	2, 774
6 —	200	1022	2, 774

Moyenne de l'urée par jour = 3 gr. 080

Le 23 juillet, laparotomie par M. Terrier, assisté de M. Quénu. Évacuation de l'ascite. On trouve un cancer du péritoine. Drainage. Mort 48 heures après.

De l'ensemble de ces diverses observations, que nous aurions facilement pu multiplier, découle un premier fait des plus évidents : *Les cancers ne s'accompagnent d'hypoazoturie qu'à la période de dénutrition et la marche de cette hypoazoturie est exactement parallèle à celle du processus de dénutrition.*

L'absence de valeur séméiologique de l'hypoazoturie, au point de vue du diagnostic du cancer, est encore établie par ce fait que chez bon nombre de malades elle existe en l'absence de toute affection néoplasique maligne. Le chiffre de l'urée excrétée par des femmes, atteintes d'affections chirurgicales diverses non cancéreuses, est en effet des plus variables, comme le montrent les observations suivantes :

Obs. XXIII (personnelle). — F., 22 ans, entre le 23 juillet 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 11 bis, pour une métrite avec salpingite double.

Belle fille, bien constituée, présentant tous les attributs de la santé.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
24 juillet...........	800	1022	18gr158
26 —	1600	1019	32, 281
27 —	1800	1018	36, 316
28 —	1600	1016	32, 813

Moyenne de l'urée par jour = 29 gr. 892

Obs. XXIV (personnelle). — F., 48 ans, entrée le 8 mai 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 8, pour des métrorrhagies répétées causées par un polype fibreux. Cette malade porte en outre un kyste de l'ovaire. Elle est pâle mais cependant vigoureuse.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
8 juin.............	1500	1018	32gr142
9 —	1500	1017	24, 589
10 —	1100	1018	22, 193
11 —	1400	1015	24, 715

Moyenne de l'urée par jour = 25 gr. 9

Obs. XXV (personnelle). — F., 23 ans, entre le 5 juillet 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 26, pour une métrite avec rétrécissement cicatriciel du vagin. Fille robuste en pleine santé.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
16 juillet..........	1400	1018	28gr246
17 —	1150	1017	18, 851
19 —	650	1022	15, 573
20 —	600	1022	16, 645
21 —	900	1022	23, 832
22 —	800	1017	16, 140
Le 31 juillet on fait le curáge de l'utérus.			
5 août.............	1000	1019	26, 481

Moyenne de l'urée par jour = 20 gr. 824

Obs. XXVI (personnelle). — F., 38 ans, entre le 30 mai 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 15, pour un polype fibreux sphacélé en voie d'élimination spontanée. En juin, le polype est éliminé ; il reste des plaies vaginales consécutives à la chute d'eschares.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
9 juin............	1000	1019	16gr393
10 —	1000	1018	15, 132
13 —	1000	1013	16, 393
14 —	1600	1014	20, 176
16 —	1600	1016	20, 496

Moyenne de l'urée par jour = 17 gr. 718

Obs. XXVII (personnelle). — F., 23 ans, entrée le 11 septembre 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 31, pour une salpingite suppurée ouverte dans le rectum et accompagnée d'abcès iliaque ; femme un peu frêle.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
14 septembre................	700	12gr553
17 —	800	10, 248
Le 17 septembre on incise l'abcès iliaque.		
18 —	400	11, 272
19 —	300	12, 297
20 —	600	26, 132
21 —	400	15, 372

Moyenne de l'urée par jour = 14 gr. 645

Obs. XXVIII (personnelle). — F., 42 ans, entrée le 29 juillet 1889 pour un fibrome intra-utérin. Cette malade a été traitée à diverses reprises pour une métrite, elle a depuis plusieurs années de petites métrorrhargies et souffre presque continuellement du ventre au point d'être devenue réellement infirme.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
31 juillet.......	900	1012	8gr070
2 août..........	1500	1010	13, 240
3 —	900	1011	7, 944
4 —	1500	1010	15, 132

Moyenne de l'urée par jour = 11 gr. 096

Obs. XXIX (personnelle). — F., 40 ans, entrée le 6 septembre 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 25, pour une vieille métrite qui la rend à moitié infirme depuis plusieurs années. Curage le 24 septembre.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
17 octobre................	1100	9gr863
18 —	1700	10,888
19 —	1200	9,223

Moyenne de l'urée par jour = 9 gr. 91.

Obs. XXX (personnelle). F., 41 ans, entrée le 26 avril 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 9, pour des fibromes utérins avec phlegmatia. Albuminurie.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
8 juin.........	800	1020	9gr079
10 —	800	1018	10,088
11 —	1000	1019	12,610
13 —	1450	1012	9,142
14 —	1400	1012	8,827

Moyenne de l'urée par jour = 9 gr. 949.

Obs. XXXI (personnelle). — F., 44 ans, entrée le 18 juin 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 23, pour un ulcère douloureux et étendu consécutif à une brûlure datant de l'enfance. Le genou est fléchi par suite des cicatrices poplitées; le membre est atrophié; ses segments moins longs que ceux du côté opposé. La malade est d'une maigreur extrême.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
28 juin	500	1027	7gr566
30 —	600	1023	9, 079
1er juillet........	1200	1015	12, 105
2 —	500	1013	5, 044
4 —	350	1030	4, 413
5 —	500	1026	6, 305
6 —	500	1025	6, 305
8 —	550	1022	6, 935

Moyenne de l'urée par jour = 7 gr. 219

L'amputation de la cuisse, faite le 3 juillet par M. Hartmann, a été suivie de guérison.

Dans cette série d'observations de malades atteintes de métrites, de salpingites, d'ulcères chroniques de jambes ou porteuses de fibromes utérins, nous voyons le taux de l'urée varier dans des proportions considérables. Tandis que les unes excrètent 29 gr.; 26 gr.; 20 gr., etc., d'autres n'éliminent que 11 gr., 10 gr. et même 7 gr. d'urée par jour; ces chiffres établissent de la façon la plus nette que l'hypoazoturie peut

exister en l'absence de toute néoplasie maligne ; de plus, la lecture des observations sommaires, que nous relatons, nous montre que cette hypoazoturie est, comme chez les cancéreuses, en rapport direct avec une insuffisance de la nutrition.

La deuxième question à résoudre est la suivante :*L'hypoazoturie est-elle une contre-indication à la laparotomie ?* En l'absence de néoplasme malin indique-t-elle l'existence de lésions rénales pouvant subir du fait de l'intervention une poussée aiguë avec phénomènes urémiques? La question a son importance ; s'il était vrai, comme le soutiennent M. Rauzier et son maître Tédenat, qu'en l'absence de tumeurs malignes, l'hypoazoturie est l'indice certain d'une complication rénale et « a une signification pronostique constamment fâcheuse au point de vue opératoire » (1) la simple constatation d'un abaissement notable du taux de l'urée excrétée suffirait pour contre-indiqner bien des interventions.

Ici encore, pour résoudre le problème nous laisserons la parole aux faits et nous verrons à quelle conclusion ils conduisent.

1° *Ovariotomies.*

Obs. XXXII (personnelle). — F., 37 ans, entre le 24 juillet 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 29, pour une tumeur kystique de l'ovaire.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
28 juillet..........	1200	1025	26gr132
29 —	1700	1015	21, 777
31 —	1000	1023	19, 215
1er août..........	700	1024	27, 797
2 —	700	1024	30, 894
3 —	600	1022	21, 184

La laparotomie faite le 30 juillet par M. Terrier, assisté de M. Hartmann, avait fait constater l'existence d'un kyste inclus dans le ligament large, kyste qu'on ne put enlever que partiellement ; la portion incluse fut suturée au bas de la plaie abdominale et drainée. Guérison.

Moyenne de l'urée par jour :

23 gr. 955 avant la laparotomie.

24 gr. 52 dans les jours qui suivent l'opération.

(1) Rauzier. *Loc. cit.*, p. 108.

Obs. XXXIII (personnelle). — F., 55 ans, entre le 25 juin 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 16, pour un kyste de l'ovaire.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
2 juillet.........	1200	1018	18gr158
3 —	1400	1015	21, 184
4 —	1450	1016	23, 769
5 —	1400	1013	18, 654

Moyenne de l'urée par jour = 20 gr. 441

Ovariotomie le 6 juillet par M. Terrier, assisté de M. Quénu ; guérison.

Obs. XXXIV (personnelle). — F., entre le 21 août 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 7, pour un kyste de l'ovaire.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
27 août....................	1000	19gr215
28 —	900	19, 599

Moyenne de l'urée par jour = 19 gr. 407

Ovariotomie le 4 septembre par M. Quénu, assisté de M. Delagénière ; guérison.

Obs. XXXV (personnelle). — F., 57 ans, entre le 21 juin 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 29, pour un kyste de l'ovaire.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
27 juin........... ..	300	1030	5gr674
28 —	300	1027	5, 674
30 —	900	1014	11, 349

Moyenne de l'urée par jour = 7 gr. 656

Ovariotomie le 9 juillet par M. Terrier, assisté de M. Quénu ; guérison.

2º *Hystérectomies.*

Obs. XXXVI (personnelle). — F., 43 ans, entre le 14 août 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 22, pour un fibrome utérin.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
3 septembre.................	900	21gr563
4 —	900	17, 293
5 —	1100	15, 258

Moyenne de l'urée par jour = 18 gr. 038

Le 11 septembre, hystérectomie par M. Quénu, assisté de M. Delagénière. Pédicule dans la plaie. Drainage.

Mort par occlusion intestinale (coudure d'une anse adhérente au moignon). Les reins étaient malades, avaient une surface inégale, due à des zones d'atrophie partielle.

Obs. XXXVII (personnelle). — F., 43 ans, entre le 14 juin 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 30, pour un fibrome utérin enclavé dans l'excavation.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
19 juin	1000	1020	23gr959
22 —	800	1020	17, 149
23 —	800	1014	12, 105

Moyenne de l'urée par jour = 17 gr. 731

Le 26 juin, énucléation du fibrome après laparotomie par M. Terrier, assisté de M. Quénu. Suture de l'utérus, réduction. Mort par péritonite et hémorrhagie intra-abdominale.

Obs. XXXVIII (personnelle). — F., 33 ans, entre le 7 août 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 13, pour un fibrome de la face postérieure de l'utérus.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
27 août......................	800	18gr446
28 —	1200	18, 446
1 septembre..................	700	14, 123

Moyenne de l'urée par jour = 17 gr.

Le 7 septembre, laparotomie par M. Quénu, assisté de M. Delagénière ; énucléation du fibrome, suture de l'utérus ; drainage abdominal ; guérison.

Obs. XXXIX (personnelle). — F., 47 ans, entre le 31 mai 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 18, pour des fibromes sous péritonéaux multiples. Névropathie, dilatation de l'estomac.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
9 juin..	1250	1015	20gr491
10 —	1000	1015	13, 871
11 —	800	1018	15, 132
14 —	600	1019	11, 349
16 —	700	1017	12, 553

Moyenne de l'urée par jour = 14 gr. 679.

Hystérectomie dans les premiers jours d'août par M. Terrier, assisté de M. Delagénière. Mort le 3e jour.

3° *Salpingectomies.*

Obs. XL (personnelle). — F., 39 ans, entre le 21 août 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 21, pour une affection péri-utérine ancienne.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
8 septembre.................	1000	21gr437
9 —	1100	23, 580
10 —	750	17, 023

Moyenne de l'urée par jour = 20 gr. 680.

Le 21 septembre, ablation bilatérale des annexes, par M. Quénu, assisté de M. Delagénière. Le 22 quelques gouttes d'urine seulement ; mort le 24 au matin avec de l'anurie absolue ; à l'autopsie, péritonite.

Obs. XLI (personnelle). — F., 33 ans, entre le 1er juillet 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 15, pour une salpingite suppurée ouverte dans le rectum.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
22 juillet..........	1200	1018	19.671
23 —	1200	1014	15,132
24 —	1200	1014	16, 645
26 —	1100	1015	15, 258

Moyenne de l'urée par jour = 16 gr. 676

Le 27 juillet laparotomie par M. Terrier, assisté de M. Hartmann. On ponctionne puis on extirpe une poche contenant un litre de pus environ. Guérison sans accidents.

Obs. XLII (personnelle). — F., 29 ans, entre le 16 août 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 7, pour une affection péri-utérine.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
13 septembre............	1400	19,419
14 —	1200	12,106

Moyenne par jour = 15 gr. 762

Ablation des annexes et d'une poche kystique incluse dans le ligament large par M. Quénu assisté de M. Delagénière. Guérison.

4° *Hystéropexie.*

Obs. XLIII (personnelle). — F., 39 ans, entre le 30 mars 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 13, pour un prolapsus léger de l'utérus avec cystocèle, antéversion et ovaire kystique.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
6 juin...........	500	1023	8,195
7 —	500	1018	8,825
8 —	820	1017	13,439

Moyenne de l'urée par jour = 10 gr. 153

Le 18 juin, ablation de l'ovaire malade et hystéropexie abdominale par M. Terrier, assisté de M. Quénu. Guérison sans accident.

La lecture de ces 12 dernières observations nous montre des variations considérables dans le taux de l'urée. Malheureusement pour les hypothèses de M. Rauzier, nous voyons des femmes très manifestement hypoazoturiques, n'excrétant que 10 grammes d'urée (obs. XLIII, hystéropexie), que 7 gr. 656 (obs. XXXV, ovariotomie), guérir sans le moindre incident alors que les 4 malades mortes excrétaient 14 gr. 679 ; 17 gr. 731 ; 18 gr. 038 ; 20 gr. 680.

C'est que la gravité de l'opération varie en raison des diffi-

cultés qu'elle présente, des fautes opératoires commises et non en raison de la plus ou moins grande quantité d'urée excrétée. Les morts que nous relatons étaient consécutives à des opérations de fibromes ou de salpingites ; tous les kystes de l'ovaire ont guéri. Aussi, sans vouloir ôter toute valeur à la constatation d'une hypoazoturie notable, qui indique tout au moins une nutrition insuffisante, nous pensons que ce symptôme n'a qu'une valeur des plus relatives, à moins que l'hypoazoturie ne soit excessive ; mais alors la malade est cachectique et point n'est besoin de l'analyse des urines pour le savoir.

De plus, coïncidence simple mais suffisant à ruiner la théorie qui veut établir un rapport entre l'existence de lésions rénales et l'hypoazoturie, la malade, qui excrétait 18 gr. 038 d'urée par jour, morte d'occlusion intestinale, nous a montré à l'autopsie des lésions de néphrite ancienne et celle qui excrétait 20 gr. 680 d'urée est morte d'anurie.

Dans le premier cas si quelque chose avait pu faire soupçonner l'existence d'une lésion rénale, ce n'est certes pas l'hypoazoturie, qui n'existait pas ; dans le deuxième, terminé par une anurie complète, la malade excrétait avant l'opération 20 gr. 68 d'urée par jour. Aussi, plutôt que de supposer avec MM. Tédenat et Rauzier que les accidents urémiques sont dus à une poussée congestive *a vacuo* dans des reins malades, nous croyons beaucoup plus juste d'admettre que, dans ces cas, il s'agit d'une néphrite toxique à développement plus ou moins rapide (1).

En résumé, la valeur séméiologique et pronostique de l'hypoazoturie, sur laquelle on a tant insisté dans ces dernières années, nous paraît n'avoir qu'une importance des plus minimes et si, dans quelques cas d'affections stomacales, elle semble pouvoir être d'un certain secours pour le médecin, elle n'est, pour ainsi dire, d'aucune utilité pour le chirurgien.

---

(1) C'est ce que nous aurions voulu constater chez la femme morte urémique ; malheureusement l'état de décomposition des viscères empêchait, dans l'espèce, tout examen histologique.

REVUE CLINIQUE

ÉPITHÉLIOMA KYSTIQUE MULTILOCULAIRE VÉGÉTANT DE L'OVAIRE GAUCHE. — OVARIOTOMIE. — GUÉRISON. — ÉPITHÉLIOMA DU SEIN GAUCHE RÉCIDIVANT DEUX FOIS APRÈS ABLATION TOTALE. — GÉNÉRALISATION DU CANCER AU PÉRITOINE ET PROBABLEMENT AUSSI A LA PLÈVRE. — MORT.

Par le Dr **Gaston Poupinel.**

L'observation fort intéressante que nous publions ici figure déjà partiellement dans deux thèses inaugurales de Paris.

La première partie a été publiée dans la thèse de Gundelach (1887, *De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariques*, p. 66). La 2e partie se trouve dans la thèse d'Hadjès (1889, *Généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire*, p. 29).

Enfin depuis lors la malade étant rentrée dans le service de M. Terrier à l'hôpital Bichat et y étant morte, nous avons rédigé la troisième phase de son histoire d'après les notes recueillies par notre ami Hartmann.

Nous ne donnerons ici qu'un résumé de l'ensemble de cette intéressante observation, mettant autant que possible en lumière les points saillants.

La nommée Mathilde Wang..., femme Besançon âgée de 53 ans, entre le 8 mars 1887 dans le service de M. Terrier, salle Chassaignac, lit no 26.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, ménopause à 48 ans, mariée à 18 ans. Un enfant à l'âge de vingt ans, un autre à 21 ans. Il y a un an (1886) que le ventre grossit. Au bout de 3 mois la

malade entre à la maison Dubois (service de M. Labbé) et y reste 8 mois ; pendant ce temps on lui fait 13 ponctions.

La malade quitte la maison Dubois le 8 mars pour entrer à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier où l'on constate de l'ascite et à travers le liquide ascitique une tumeur bosselée, située dans la partie gauche du petit bassin et remontant dans la fosse iliaque gauche vers le flanc gauche. Le toucher vaginal montre que l'utérus est mobile et que le cul-de-sac latéral gauche est un peu effacé et légèrement sensible. L'œdème des membres inférieurs observé pendant le séjour à la maison Dubois où il variait parallèlement à l'état de réplétion de l'abdomen par le liquide ascitique n'existe pas au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital Bichat.

Le 22 mars 1887, ovariotomie faite par M. Terrier aidé de MM. Périer et Berger, en présence de MM. Richelot, Quénu et Routier. Incision de la ligne blanche, évacuation de plus de douze litres de liquide ascitique de couleur jaunâtre ; découverte et ablation d'un kyste en grappe végétant de l'ovaire gauche, adhérent au côlon transverse, à pédicule large. Durée de l'opération : 50 minutes. Suites de l'opération favorables ; la malade sort guérie dans le courant du mois de mai.

Le kyste ovarique développé aux dépens de l'ovaire gauche présente le volume des deux poings ; son pédicule est large et d'aspect sarcomateux, la masse principale de la tumeur est solide. A la surface de la masse principale se trouve un grand nombre de petits kystes, les plus volumineux ont le volume d'une mandarine, les autres celui d'une cerise ; à la surface du kyste quelques végétations sessiles. L'examen histologique pratiqué par MM. Gilbert et Gundelach (dans le travail duquel figure une belle planche reproduisant une de leurs préparations) montre l'existence dans la paroi fibreuse du kyste et dans son stroma de productions épithéliomateuses d'aspect adénoïde, où l'épithélium est cylindrique simple ou stratifié. En un point la partie fibreuse amincie et perforée permet l'issue à travers sa déchirure d'un bourgeon émané de la couche épithéliomateuse. En un autre point, à la face externe de la couche fibreuse, existe une végétation offrant les mêmes caractères histologiques, c'est-à-dire constituée par un stroma conjonctif et des formations acineuses.

Depuis vingt ans la malade portait près du mamelon gauche

une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, de consistance ferme et non douloureuse ; cette petite tumeur a conservé le même volume pendant ce grand laps de temps sans faire souffrir aucunement la malade, sans même lui occasionner la moindre gêne.

En juin 1887, trois mois après l'ovariotomie, Mme B... éprouve par moments de petits élancements localisés au niveau de la petite tumeur du sein.

En février 1888, la malade s'aperçoit que la petite tumeur grossit légèrement et atteint peu à peu le volume d'une noix : cette augmentation de volume n'est pas accompagnée d'une modification particulière dans la coloration de la peau.

Rentrée à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier, le 17 mai 1888, Mme B... présente au sein gauche une tumeur dure du volume et de la forme d'un gros œuf, située sous la peau à laquelle elle paraît adhérer. Elle n'est pas douloureuse au palper; à son niveau la peau est lisse et n'a pas subi d'altération dans sa coloration. Les ganglions de l'aisselle ne paraissent pas être augmentés de volume.

Ablation du sein le 1er juin 1888; extirpation des ganglions situés dans la paroi postérieure de l'aisselle et dont on n'avait pas perçu l'augmentation de volume avant l'opération. Mme B... sort de l'hôpital le 23 juin; la plaie n'est pas complètement cicatrisée : il reste quelques bourgeons charnus, mais la malade ne ressent aucune douleur et se sert facilement de son bras gauche. Son état général est excellent. L'abdomen présente, au niveau de la cicatrice de l'ovariotomie, une légère éventration : il est d'ailleurs souple, indolore et ne présente pas trace de tumeur. La malade a d'ailleurs engraissé depuis l'ovariotomie.

Le 19 octobre 1888, Mme B... rentre à l'hôpital. Le néoplasme du sein gauche, a récidivé sous forme d'un noyau irrégulier, bosselé, du volume d'une noisette, adhérent par sa face profonde au grand pectoral. Opération du néoplasme récidivé du sein gauche quelques jours après l'entrée.

L'examen histologique des deux tumeurs du sein gauche fait par nous au laboratoire de l'hôpital Bichat montre que, comme pour la tumeur ovarique, il s'agit de productions épithéliomateuses. Dans certains points de la périphérie de la petite tumeur enlevée en second lieu (récidive opérée peu de temps après son apparition) on trouve nettement les caractères de l'épithélioma

tubulé à cellules cylindriques. Partout ailleurs dans les deux tumeurs, l'altération est plus avancée ; tantôt il s'agit de cavités tapissées d'un épais revêtement épithélial à cellules métatypiques, disposées sur un nombre considérable de couches, tantôt l'aspect est celui de l'épithélioma carcinoïde.

Le 9 mai 1889, Mme B... rentre à l'hôpital Bichat. Son ventre a grossi de nouveau depuis la fin de février ; l'augmentation de volume de l'abdomen a été précédée de l'apparition de douleurs dans le côté droit du ventre, douleurs sans rapport avec la marche. Au niveau du sein gauche on contate que la cicatrice des opérations antérieures est, dans toute sa partie externe et jusque vers l'aisselle, soulevée par une tumeur développée en partie au-dessous de la cicatrice, mais surtout au-dessus de celle-ci. Constatée pour la première fois il y a trois mois, cette tumeur est étalée et lobulée, fluctuante par places, adhérente à la peau qui est extrêmement distendue au niveau des bosselures, adhérente aussi profondément au grand pectoral. A la partie supérieure et interne de la tumeur existe une perforation donnant accès dans un court trajet fistuleux. Cette perforation s'est effectuée spontanément le 7 mai et a laissé écouler une petite quantité de liquide clair. Pas de ganglions dans l'aisselle ni dans les creux sous et sus-claviculaires.

Dans l'abdomen existe de l'ascite avec fluctuation manifeste, distension de l'ombilic, dilatation des veines sous-cutanées surtout dans la moitié sus-ombilicale de l'abdomen. Œdème des membres inférieurs.

La langue est bonne ; les digestions sont difficiles ; la constipation est habituelle, pas de vomissements. Un peu de gêne respiratoire depuis que le ventre grossit.

La température axillaire est légèrement élevée ; elle reste au dessus de 38° tous les soirs et atteint même 39° à diverses reprises.

Le 11 mai, une ponction évacue 7 litres de liquide ascitique et permet de percevoir facilement l'existence dans l'abdomen de masses dures, multiples, occupant les diverses régions de l'abdomen, le péritoine pariétal, le grand épiploon ; le foie ne paraît en rapport avec aucune de ces tumeurs.

Le 3 juin, nouvelle ponction évacuant dix litres de liquide. Troisième ponction le 26 juin. Analyse du liquide par M. Poulard,

pharmacien du service; densité : 1015, matières fixes, 45 gr. 50 par litre. Enfin deux dernières ponctions le 11 et le 27 juillet.

La malade s'affaiblit de jour en jour, l'œdème des membres inférieurs augmente ; on constate les signes d'épanchement pleural bilatéral : enfin la malade s'éteint le 30 juillet.

L'autopsie ne put malheureusement pas être faite.

Cette observation nous a paru digne d'être rapportée pour plusieurs raisons. C'est d'abord un exemple de plus de la relation qui existe entre l'ascite et la nature végétante des tumeurs ovariques. Gundelach et Hadjès en ont d'ailleurs déjà tiré parti dans leurs thèses pour appuyer leurs conclusions.

Les végétations dans ce cas étaient, il est vrai, surtout internes ; mais il en existait aussi à la surface externe ; quelques-unes même, d'abord intrakystiques, étaient devenues externes par perforation de la paroi fibreuse de la tumeur. Ainsi que nous l'avons dit dans notre thèse (1886), ainsi que Gundelach et Hadjès l'ont répété depuis lors, l'ascite symptomatique des tumeurs végétantes de l'ovaire et *à fortiori* ces tumeurs végétantes elles-mêmes entraînent un pronostic particulièrement grave : l'observation ci-dessus en fournit un bel exemple.

L'histoire de la généralisation dans ce cas est aussi tout particulièrement intéressante. Faut-il, ce qui paraît vraisemblable, considérer la petite tumeur du sein gauche constatée depuis vingt ans comme antérieure à la tumeur de l'ovaire? Ne serait-elle pas aussi bien contemporaine de celle-ci qui, dans cette hypothèse, serait restée absolument latente pendant ce laps de temps ? Il est littéralement impossible de déterminer le moment précis du début d'une tumeur ovarienne. Le problème ci-dessus est donc insoluble, il nous paraît d'ailleurs d'importance secondaire.

Ce qu'il nous paraît plus important de remarquer, c'est que cette malade, en possession d'un néoplasme depuis vingt ans, a vu depuis un temps impossible à préciser un autre néoplasme évoluer indépendamment du premier dans un

autre organe. Ce second néoplasme de nature maligne, alors que le premier affecte tout d'abord des caractères de bénignité absolue, grossit peu à peu, devient manifeste en 1886, évolue rapidement depuis lors et en 1887 nécessite une opération. Trois mois après cette opération la tumeur du sein se développe et se transforme. Cet espace de trois mois est assez court pour que, si nous ne nous interdisions pas de quitter le domaine des faits pour celui de l'hypothèse, il nous paraisse difficile de ne pas voir entre l'ovariotomie et la transformation de la tumeur du sein autre chose qu'une simple coïncidence. La tumeur du sein, stationnaire pendant vingt ans, est maintenant cliniquement et histologiquement maligne ; elle récidive par deux fois en moins d'un an ; et la deuxième récidive en février 1889 coïncide avec le développement de tumeurs dans l'abdomen. Il y a cette fois véritablement généralisation du cancer et la malade ne tarde pas à succomber.

Nous devons signaler que cette observation est encore, à notre connaissance du moins, la seule dans laquelle un épithélioma kystique de l'ovaire ait été suivi d'un cancer du sein. L'extension au péritoine et aux organes abdominaux est pour ainsi dire la règle lorsqu'il y a généralisation : l'extension au sein n'avait pas encore été notée. Nous ne pouvons que renvoyer à ce sujet aux tableaux qu'Hadjès et moi avons dressés dans nos thèses.

Mais le cas actuel si instructif est d'ailleurs complexe. L'existence depuis longtemps constatée d'une petite tumeur dans le sein, tumeur ayant vraisemblablement précédé la tumeur ovarienne, pourrait expliquer l'apparition du cancer secondaire en ce siège exceptionnel. Mais toute interprétation plus rigoureuse des faits est impossible, car bien que tout plaide en faveur de la nature primitivement bénigne de la tumeur du sein, et que tout nous autorise à considérer la tumeur ovarienne comme la première manifestation clinique du cancer épithélial chez M[me] B..., il nous est bien impossible d'affirmer ou de nier catégoriquement la nature épithé-

liale de la petite tumeur du sein avant son accroissement de volume. La connaissance de ce fait aurait, dans l'espèce, une importance capitale, mais, il est vrai, purement théorique ; car si l'ignorance de la nature primitive de la petite tumeur du sein ne permet pas d'interpréter d'une façon indiscutable ce cas comme un cas d'épithélioma primitif de l'ovaire avec généralisation secondaire au sein, puis au péritoine, il est au point de vue clinique absolument évident que la première tumeur maligne observée chez Mme B... est la tumeur ovarienne, et que la tumeur du sein n'est devenue maligne qu'après l'ablation de la tumeur ovarienne. Peu importe alors que la tumeur du sein ait été primitivement de nature épithéliale ou non, elle n'est devenue un cancer que secondairement à la tumeur de l'ovaire.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, cette observation est également intéressante. Les tumeurs secondaires appartiennent bien au même type anatomique que la tumeur primitive. La nature maligne épithéliomateuse, aujourd'hui indiscutée, des kystes et tumeurs kystiques de l'ovaire, y est bien mise en évidence.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement de la blennorrhagie chez la femme.

Le *siège des altérations blennorrhagiques* varie suivant les cas ; chez les prostituées inscrites ayant déjà subi pour la plupart une infection de longue date, l'urèthre et le col utérin sont presque toujours atteints ; chez la clandestine, n'ayant subi qu'une infection récente, l'urèthre, le vagin, le col utérin sont affectés ; chez la malade, qui vient librement consulter parce qu'elle se sent contaminée, c'est surtout la vulvo-vaginite et l'uréthrite qu'on constate. En règle générale, à la période aiguë, l'uréthrite et la vaginite dominent la scène ; dans la blennorrhagie chronique, c'est l'endométrite qui persiste. Chacune de ces localisations doit être traitée.

1° *Vulvite.* — La vulvite ne s'observe que dans les cas aigus,

et cède toujours très rapidement. On calmera la douleur des inflammations violentes par le repos au lit et l'application de compresses glacées; on touchera les érosions douloureuses avec une solution de nitrate d'argent à 1/20 et dès que l'inflammation sera un peu modérée, on isolera les replis cutanés par l'interposition de coton trempé dans une solution ds sublimé à 1/1000 ou plutôt de biiodure à 1/4000.

Lors de *bartholinité*, on peut quelquefois obtenir la résolution par des applications de glace ; mais dès qu'il y a de la fluctuation il faut inciser largement, laver avec une solution de sublimé ou de biiodure et bourrer de gaze iodoformée le foyer. On détruira avec le nitrate d'argent les cryptes glandulaires atteintes de *folliculites*.

2° *Vaginite*. — Pendant la *période suraiguë*, il faut se borner à modérer, par tous les moyens, l'exagération des symptômes (repos, abstention de nourriture excitante, régularisation des garde-robes, bains de siège 2 fois par jour, grands bains tous les deux jours, application entre les lèvres, dans le pli crural, dans le sillon anal, de coton hydrophile pour protéger les parties voisines contre l'irritation des liquides vaginaux).

Quand l'inflammation est *modérée*, on fait pratiquer 1 ou 2 fois par jour des irrigations au biiodure de mercure à 1/10000 ; ces lavages vaginaux sont faits à l'aide de l'irrigateur ordinaire coiffé d'une canule percée de trous latéraux ; deux litres de liquide sont employés chaque fois; puis, suivant l'ancien conseil de Ricord, la femme étant couchée le bassin élevé, on fait pratiquer une nouvelle injection à 1/4000, laissant le liquide séjourner quelques minutes dans le vagin; l'injection écoulée on tamponne le vagin avec du coton imbibé de glycérine iodoformée au début, saupoudré de tannin un peu plus tard.

En 10 à 15 jours l'écoulement vaginal disparait complètement.

3° *Uréthrite*. — Les balsamiques sont inefficaces ; le traitement local réussit au contraire à merveille. Au début l'uréthrite blennorrhagique cède souvent à une seule cautérisation, faite en introduisant, dans la première moitié du canal, un crayon de nitrate d'argent pur ou mitigé. Plus tard on pratique une instillation quotidienne d'une solution de nitrate d'argent à 1/50 ; dans les cas chroniques, dans l'uréthrorrhée, on pourra de nouveau recourir à la cautérisation avec le crayon.

4° *Métrite*. — La blennorrhagie utérine est très commune et

reste souvent le dernier signe d'une blennorrhagie disparue ailleurs ; c'est une cause fréquente de récidive et de réinoculation des parties voisines. Chez la nullipare le col utérin est ordinairement seul atteint ; le corps n'est guère pris que dans les cas où l'utérus a été soumis à une ampliation par le fait de grossesses ou d'avortements.

Le curage de l'utérus, suivi d'injections parasiticides, peut être tenté dans les cas absolument rebelles ; mais, dans l'immense majorité des cas, la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, introduit aussi profondément que possible, est plus que suffisante pour, en 2 ou 3 fois, obtenir une guérison complète. Lors de métrite ulcéreuse, on touchera en même temps l'ulcération au nitrate d'argent, on la saupoudrera de salol, ou encore on appliquera à sa surface un tampon fortement saupoudré de cette substance. Le salol a une action surprenante sur les ulcérations du col, blennorrhagiques ou autres.

Enfin, à côté du traitement local, on doit instituer un *traitement général*, dont l'importance est considérable, surtout dans la blennorrhagie chronique et dont les amers, les ferrugineux, les alcalins ou les arsenicaux font les principaux frais.

(D'après Schmitt, *Rev. méd. de l'Est*, 1889, p. 577.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE MOSCOU FONDÉE EN 1888. — PREMIÈRE ANNÉE

Warnek. **Un cas d'hématomètre.** — La femme M. entre à l'hôpital le 4 novembre 1887 avec de la rétention d'urine, des douleurs dans le bas-ventre et un développement considérable de l'abdomen. Agée de 53 ans, multipare, bien réglée de 15 à 46 ans, la malade à toujours joui d'une santé parfaite autant avant que depuis la cessation des règles et c'est, brusquement, le 1er octobre 1887 que débutèrent les accidents : douleurs expulsives, rétention d'urine, constipation opiniâtre, vomissements, frissons ; en même temps, la malade constata l'existence d'une tumeur dans le bas-ventre ; cette tumeur durant un mois augmenta rapidement au

point d'atteindre le volume d'un utérus gravide au sixième mois. Elle est médiane, ronde, lisse, rénitente, non fluctuante, mate, peu mobile et sensible à la palpation, elle fait d'autre part saillie dans le vagin qu'elle remplit presque entièrement et s'applique à la symphyse pubienne. Il n'y a pas trace de col de l'utérus, ni d'orifice du col. Le toucher rectal permet de constater une vague fluctuation profonde : il s'agit donc de l'utérus sénile distendu par un épanchement que l'on croit purulent grâce à la fièvre hectique (pyometra retularum). Cependant trois ponctions aspiratrices faites dans la partie la plus saillante de la tumeur n'amènent pas une goutte de liquide, ce qui fait rectifier le diagnostic et reconnaître qu'il s'agit d'un épanchement de sang coagulé.

Le 6 novembre la tumeur vaginale est incisée sur la ligne médiane dans l'étendue d'un centimètre; quelques caillots fibrineux absolument incolores et inodores sont extraits par cette ouverture dans laquelle on place ensuite un gros drain. Pendant trois jours des lavages antiseptiques répétés amènent au dehors des caillots fibrineux en grande quantité ; puis l'écoulement diminue, le 10 novembre il devient fétide, le 11 novembre la malade meurt avec un certain ballonnement du ventre et une dyspnée violente.

A l'*autopsie* on trouve l'utérus fixé aux organes voisins par de nombreuses adhérences; ses parois sont hypertrophiées, sa cavité remplie de caillots fibrineux anciens, entremêlés de masses ichoreuses ; il en est de même des trompes dont la gauche est perforée au voisinage de l'ovaire, d'où péritonite septique mortelle.

Toutes ces lésions n'auraient pu se produire dans le cours d'un seul mois ; il est probable que la cessation des règles n'avait été qu'apparente, le sang continuant à s'accumuler dans l'utérus grâce à l'oblitération de l'orifice du col utérin ; les causes de cette sténose sont d'ailleurs restées inconnues.

KALABINE. **Un cas de grossesse extra-utérine traitée par l'électricité.**— La malade, âgée de 30 ans, mère de deux enfants, redevient enceinte une troisième fois ; elle éprouve d'abord les symptômes habituels de la grossesse, mais 34 jours après les dernières règles qui avaient eu lieu le 17 août 1887, surviennent des douleurs violentes dans le bas-ventre, à droite principalement, des crises douloureuses se reproduisent les jours suivants jusqu'au 1er octobre et le diagnostic de grossesse extra-utérine est établi dès ce moment par le Dr Lebedeff.

Le 8 octobre, la douleur revient accompagnée de pâleur, de sueurs, de vomissements ; les accidents continuent jusqu'au 14 octobre avec des périodes de rémission et d'aggravation. Enfin, après une crise douloureuse d'une violence extrême, la malade présente tous les symptômes d'une hémorrhagie interne grave et le professeur Sneguireff confirme le diagnostic de grossesse tubaire à gauche. 18 octobre, nouvelle hémorrhagie, état de shock pendant 3 heures. Le toucher fait reconnaître l'existence dans le cul-de-sac gauche d'une tumeur tendue, fluctuante, animée de battements, couverte de vaisseaux extrêmement dilatés. Le 23 octobre, hémorrhagie interne, shock pendant 4 heures. 25 octobre, chute de la caduque utérine complète. 26 octobre, la tumeur remplit le petit bassin, la fosse iliaque gauche, dépasse l'ombilic de 25 millim. environ ; tout le ventre est ballonné et douloureux.

L'état général s'étant légèrement amélioré, on procède à l'électrisation de la tumeur à l'aide d'un courant continu d'intensité croissante jusqu'à 40 milliampères. Le pôle négatif appliqué sur la portion vaginale de la tumeur est représenté par une sonde en platine garnie de coton hydrophile humide pour protéger la muqueuse contre l'action destructive du courant. Au pôle positif se trouve la plaque ventrale d'Apostoli. La première séance dure 10 minutes. Les suivantes sont faites le 27 octobre, le 31 octobre, les 2, 5, 6, 8, 12 novembre.

L'état général s'améliore dès la première séance, la tumeur diminue pour reprendre le volume primitif au bout de peu de jours. Le 15 novembre on procède à l'électropuncture (28 éléments, 100 milliampères) qui est suivie d'un écoulement sanguin par le vagin. Le 20 novembre l'électrisation est reprise ; la malade subit encore six séances sous l'influence desquelles la tumeur se réduit au tiers de son volume primitif. De nouveaux accidents surviennent à cette période de la maladie, l'évolution de la tumeur subit des fluctuations diverses, le traitement par l'électricité est repris vers la fin de décembre, continué jusqu'en février 1888. La malade peut enfin être considérée comme parfaitement guérie. La tumeur réduite d'abord au volume d'une pomme, descend enfin à celui d'une noix ; elle est dure, non pulsatile, mobile, siégeant en arrière et à gauche de l'utérus. L'état général est parfait.

Warnek signale à propos de cette communication un autre cas de grossesse extra-utérine observée par lui et guérie par le traitement

électrique ; la malade, âgée de 27 ans, présentait en janvier 1888 les signes de probabilité de la grossesse en même temps qu'une tumeur du volume d'un œuf de poule au niveau de la trompe gauche. L'électropuncture fut pratiquée comme dans le cas de Kalabine (40 éléments Schpammer, 2 minutes) et la tumeur diminua rapidement et sans accidents.

NEDSWETRKY. **Trois cas de grossesse extra-utérine.** — 1° Femme de 26 ans, enceinte de deux mois, présente dès le début des phénomènes douloureux, des symptômes d'hémorrhagie interne, auxquels elle succombe n'ayant subi d'autre traitement que le repos.

2° Femme de 27 ans, enceinte de 2 mois, ayant présenté les symptômes d'une hémorrhagie interne, est soumise au traitement par les courants continus pendant un mois, la guérison est obtenue sans accidents et complètement par régression de la tumeur.

3° Femme de 26 ans, enceinte de 4 mois, présentant des accidents graves tels que métrorrhagies, hémorrhagies internes, douleurs vives, est rapidement améliorée par le traitement électrique ; après cinq séances les métrorrhagies s'arrêtent, la tumeur diminue, après la vingtième surviennent des douleurs expulsives, des pertes sanguines et enfin l'expulsion de membranes ; au bout de 30 séances la tumeur est solide, petite ; la malade peut être considérée comme guérie.

Le rapporteur fait observer à propos de la régression du kyste fœtal que sa résistance au courant (exprimée en ohms) augmente parallèlement à sa consistance, d'où il suit qu'en mesurant la résistance de la tumeur on se rendra compte de l'influence du traitement.

ALEXANDROFF. **Un cas d'arrêt de développement des organes génitaux.** — La malade présentée à la Société, âgée à ce moment de 49 ans, s'est mariée à 16 ans, a subi à l'âge de 25 ans une opération sanglante dont le but était la dilatation d'un vagin rudimentaire et n'a jamais été réglée. Elle avait, par contre, un flux hémorrhoïdaire périodique, revenant tous les mois depuis l'âge de 20 jusqu'à 43 ans. Les organes génitaux externes sont d'aspect normal ; le vagin est représenté par un cul-de-sac de 13 millim. de profondeur ; il n'y a pas d'utérus ; la palpation attentive permet de sentir une corde qui se dirige de bas en haut et à droite et en connexion avec cette corde une tumeur dans la fosse iliaque ; cette tumeur de la

grosseur d'un poing, bosselée, douloureuse est selon toute apparence un ovaire kystique.

SOLOWIEFF. **Opération césarienne par le procédé de Porro.** — Il s'agit d'une femme de 22 ans, arrivée au terme de la grossesse et atteinte de rétrécissement extrême du bassin et du vagin ; ce dernier est rétréci par des brides cicatricielles au point d'admettre à pèine un doigt et présente de plus une fistule vésico-vaginale restée rebelle à toutes les interventions. Ces lésions sont le résultat d'un premier accouchement très laborieux qui avait eu lieu 3 ans auparavant.

L'accouchement naturel ne pouvait être espéré dans de semblables conditions ; il aurait même été impossible d'extraire par fragments le fœtus sacrifié, aussi procéda-t-on à l'opération césarienne 24 heures après le début du travail.

La paroi abdominale incisée on se trouve en présence de la vessie distendue, à parois minces, altérées ; le cathétérisme est impossible et la vessie est vidée par une ponction. L'utérus ne se contracte pas et l'on éprouve de grandes difficultés pour l'attirer au dehors, de sorte que l'incision qui s'étend du pubis jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic est encore agrandie. Enfin une contraction survient, l'utérus sort de la cavité abdominale qui est fermée aussitôt par le rapprochement des bords de la plaie. Une ligature est préparée, mais non encore faite sur le col de l'utérus ; l'incision du corps de l'utérus ne donne pas une goutte de sang et l'enfant bien vivant est facilement extrait par les épaules ; on note à ce moment l'odeur putride des enveloppes des poches. La ligature est serrée au col de l'utérus le corps enlevé au bistouri et le moignon suturé à la paroi abdominale dans l'angle inférieur de la plaie.

La malade se trouve bien durant le premier jour, meurt 46 heures après l'opération de péritonite aiguë. On reconnait à l'autopsie que la paroi supérieure de la vessie sphacélée est le point de départ de la péritonite.

Le rapporteur fait suivre cette observation de l'historique complet de la question et examine les indications de l'opération de Porro : septicémie, rupture utérine, rétrécissement cicatriciel du vagin, métrorrhagie atonique pendant l'opération césarienne classique, myômes, ostéomalacie.

SOKOLOFF. **Un cas d'absence du vagin.** — Femme de 20 ans, non

réglée, mariée depuis 7 mois. Tout le corps est normalement développé ; il en est de même de la vulve. L'hymen présente à sa partie supérieure un orifice admettant facilement le doigt, mais en arrière de cette membrane le doigt rencontre immédiatement des parties molles. Le toucher rectal combiné à la palpation fait sentir très haut sur la ligne médiane l'utérus de forme absolument normale, mais triplé de volume ; il est mobile et indolent, les ovaires ne peuvent être sentis. Une sonde introduite dans la vessie est facilement suivie par le rectum, ce qui montre bien l'absence du vagin ; il est cependant possible, étant donné le glissement latéral du col de l'utérus, que la partie supérieure du vagin existe.

Ce cas d'absence du vagin est donc remarquable surtout par la présence d'un utérus normal quant à sa forme, mais hypertrophié ou distendu. Le rapporteur n'admet pas l'hématomètre pour plusieurs raisons : l'atrésie congénitale de l'orifice du col est presque inconnue, les ovaires font certainement défaut chez la malade, d'autant plus que les *molimina menstrualia* n'ont jamais eu lieu, enfin il n'y a pas d'hématocolpos, puisque le col est conique.

Zaiaitzky. **Dix-huit laparohystérectomies sus-vaginales par le procédé de Schröder.** — Dans tous ces cas l'hystérectomie a été faite pour des affections parfaitement diagnostiquées : 16 fois pour cause de fibromes multiples ou interstitiels, 2 fois à cause des adhérences nombreuses avec les ovaires kystiques chez des femmes vieilles. Sur 18 opérées il y a eu 4 morts et 14 guérisons, mais il faut noter que trois insuccès appartiennent aux cinq premiers cas. Les observations sont relatées en détail dans le n° 23 de la *Revue de médecine*, 1888.

Remisoff. **Le massage en gynécologie.** — Le rapporteur fait l'exposé de la méthode de Brandt qu'il applique avec quelques modifications de détail et cite l'observation d'un cas particulièrement heureux : prolapsus utérin datant de six ans chez une femme de 62 ans ; après la sixième séance l'utérus réduit se maintient, après la onzième la guérison est complète.

Solowieff. **Traitement de la présentation frontale.** — Cette présentation de l'extrémité céphalique incomplètement défléchie est justement considérée comme étant l'une des plus fâcheuses. Il est exceptionnel de voir la transformation spontanée en présentation de la face ou du sommet, et c'est le plus souvent à la version qu'on a eu recours dans ces conditions.

Spiegelberg a mis en doute la possibilité de fléchir et de maintenir fléchie la tête que la conformation du bassin force à se redresser, tandis que deux cas observés par le rapporteur montrent la facilité avec laquelle on pourrait quelquefois transformer la présentation frontale en présentation faciale ; dans cette dernière l'accouchement se termine presque toujours spontanément.

1re Obs. — Grossesse à terme, dilatation complète, membranes rompues. Le doigt rencontre d'abord la saillie frontale, à droite la fontanelle antérieure, à gauche la racine du nez ; les progrés du travail engagent et fixent la tête dans cette situation. On arrive alors à accrocher avec le doigt la mâchoire supérieure et à défléchir complètement la tête. Trente-cinq minutes après l'intervention l'accouchement par la face était terminé sans accident.

2e Obs. — Grossesse à terme, léger rétrécissement du bassin, dilatation de 14 millim., présentation du sommet. Au bout de six heures la dilatation est de 8 cent., la tête est engagée, défléchie. La fontanelle antérieure est en avant et à gauche, la racine du nez à droite et en arrière. Une heure après l'engagement n'a pas changé et l'on procède à la déflexion de la tête comme dans le premier cas ; la nouvelle présentation est maintenue pendant 20 minutes, la rotation se fait normalement et l'accouchement spontané est terminé 2 heures 10 minutes plus tard.

Kabaline. **De l'emploi de l'électricité en gynécologie.** — Le traitement par l'électricité appliqué aux corps fibreux de l'utérus suivant la méthode d'Apostoli a donné les résultats suivants : les courants continus n'amènent pas la disparition des tumeurs, ni même une diminution durable. Il y a par contre un amendement rapide et souvent la disparition des accidents tels que douleurs, hémorrhagies, etc. Dix observations.

Warnek. — Les effets cliniques de l'électricité sont fort différents selon qu'on se sert de courants faradiques ou galvaniques, de l'anode ou de la cathode. L'anode vers laquelle se déposent les acides tend à la formation d'une eschare sèche et consécutivement d'une cicatrice rétractile, c'est le pôle hémostatique ; la cathode au contraire est congestionnante, dialytique, favorise la résorption. Aussi importe-t-il de varier le mode d'emploi de l'électricité suivant les maladies et les différentes périodes d'une même affection. Ainsi l'électricisation positive est indiquée au début du traitement des fibromes pour combattre les hémorrhagies, tandis que la destruc-

tion, la résorption de ces mêmes tumeurs est consécutivement obtenue par l'électrolyse négative. De même, dans la première période de la métrite chronique, c'est le pôle positif qui doit amener l'involution de l'utérus, tandis que la dysménorrhée douloureuse de la deuxième phase de la métrite indique l'électrisation négative. 2 observations de ce dernier genre.

Galaktionoff. — 31 cas d'affections gynécologiques traitées par l'électricité. Pour les fibromes de l'utérus le rapporteur a des résultats pareils à ceux de Kabaline. Dans la métrite chronique et les déviations de l'utérus l'amélioration est rapide et sérieuse surtout au point de vue des phénomènes douloureux..

Ouspensky. — Quelques observations sur le traitement par l'électricité. Femme de 36 ans, atteinte d'un fibrome intraligamenteux avec pelvipéritonite chronique. A la 3e séance d'électrisation la malade est prise de tremblement (15 éléments, 20 M. A.), à la 10e, petite syncope, accès de sténocardie. On pratique ensuite l'électropuncture avec toutes les précautions antiseptiques, la malade a des frissons, sa température monte à 40° d'une façon passagère. La malade sort très améliorée, mais la tumeur n'a guère diminué.

Chez une autre malade il se développe rapidement une endométrite septique, tandis que le fibrome diminuait à chaque séance, la cavité utérine irrégulière, longue de 16 cent. était difficile à antiseptiser. Enfin 12 cas d'affections inflammatoires chroniques et une grossesse extra-utérine traitées et guéries par l'électrisation.

Zatonsky. Obs. 1. — Femme de 22 ans, porteuse d'une tumeur fibreuse énorme. Après la 5e électrisation on voit s'éliminer 10-15 masses dures, grisâtres, grosses comme des noisettes et des noix. En 14 jours la tumeur a diminué de moitié, s'est dissociée en trois fibromes distincts et reste stationnaire ensuite. De nouvelles métrorrhagies survenues deux mois plus tard sont arrêtées en trois séances.

Obs. 2. — Femme de 22 ans, se présente avec une métrorrhagie qui dure depuis 3 semaines et des douleurs hypogastriques. Le cul-de-sac gauche est occupé par une tumeur dure, mobile, grosse comme une orange, qui disparaît sans laisser de traces en 8 jours pendant lesquels on a fait neuf électrisations.

Obs. 3. — La malade atteinte de fibromes multiples meurt de septicémie dans le cours du traitement.

Obs. 4 et 5. — Tumeurs fibreuses considérables réduites à l'état

de petites masses insignifiantes: a) 9 séances, un mois; b) 20 séances 2 mois.

Obs. 6. — Salpingite et paramétrite chroniques donnant lieu à des phénomèmes de compression. Les courants interrompus au début, les courants continus ensuite font disparaître l'exsudat complètement.

Obs. 7. — Antéflexion, paramétrite scléreuse postérieure; en deux mois l'exsudat diminue beaucoup, l'utérus tend à revenir à sa position anormale.

Noltchini. Obs. 1. — Hematosalpinx ex graviditate extrauterina tubaria. Une seule électropuncture est faite dans la tumeur, écoulement de sang par le vagin que l'on tamponne pendant deux jours. La malade sort au bout de huit jours avec une tumeur du volume d'un œuf, qui ne cause plus aucune gêne.

Obs. 2. — Femme de 34 ans, présente un kyste de l'ovaire droit et un fibrome de l'utérus du volume d'une tête fœtale. Le fibrome traité par l'électropuncture répétée quatre fois est réduit en deux mois au volume d'une petite orange. La malade est ensuite délivrée du kyste par une laparotomie dans le cours de laquelle l'opérateur, le professeur Snéguireff constate l'existence de la petite tumeur fibreuse intraligamenteuse gauche.

W. F. Sneguireff arrive aux conclusions suivantes en se basant sur les travaux de la Société de gynécologie et sur son expérience personnelle : l'anode du courant galvanique est un agent hémostatique de premier ordre, ainsi que l'a établi Apostoli, mais la durée de cette hémostase est variable et indéterminée.

1° Les fibromes restent stationnaires ou diminuent, mais ne disparaissent pas complètement. Il y a eu des cas d'insuccès et d'aggravation des symptômes; il n'y a pas eu de cas mortels autres que ceux causés par des fautes d'antisepsie.

Il est certain que les fibromes si différents par leur situation, leur plus ou moins grande richesse en vaisseaux, leur dégénération ne sont pas tous justiciables du traitement électrique. Les tumeurs interstitielles sont celles qui cèdent le mieux aux courants continus sans piqûre. Quand elles se présentent sous forme de dégénérescence fibreuse de l'utérus, les fibromes étant dépourvus de capsules, on se sert avantageusement du courant faradique qui provoque des contractions énergiques de l'organe. Sous-séreux et intraligamenteux les fibromes sont traités par l'électropuncture négative

durant 5-10 minutes avec un courant de 100-250 M. A. ; la tumeur se ratatine, se condense et descend dans le bassin, au point de troubler parfois la miction. L'électropuncture est inoffensive. Quant à la dégénérescence kystique comme conséquence de l'électrolyse, ainsi que l'ont dit Gehrung et Van de Warker le fait est admissible à priori ; en tout cas le fibrome kystique ne devrait pas être soumis à ce traitement.

2° Les déviations et déplacements de l'utérus sont traités avec succès par les courants galvaniques et surtout faradiques ainsi que l'ont établi Lopthorn Smith et Fry, ce dernier pour les malformations, atrésies congénitales.

3° Parmi les affections inflammatoires l'auteur a eu le plus de succès dans le traitement de la paramétrite et de l'hydrosalpinx ; l'électrolyse fait disparaître en peu de temps des exsudats déjà anciens. Dans un cas l'hydrosalpinx avait été constaté dans le cours d'une laparotomie, mais la poche une fois vidée fut laissée en place à cause des adhérences nombreuses et des gros vaisseaux voisins ; deux mois plus tard l'hydrosalpinx était revenu ; il disparut et cette fois définitivement après une seule électropuncture.

4° Troubles fonctionnels. L'application du pôle positif dans la ménorrhagie, du pôle négatif dans l'aménorrhée est un moyen sûr et puissant. L'électrisation vaginale bipolaire combat rapidement, en quelques séances, les phénomènes douloureux tels qu'oophoralgie, vaginisme ; enfin l'auteur a souvent vu le prurit vulvaire disparaître en trois ou quatre électrisations.

Sept cas de grossesse tubaire traités par l'électropuncture ont guéri et sans accidents. L'électropuncture est faite tous les huit ou quinze jours avec une force de 40 à 60 M. A. Les malades ne supportent pas de courant plus intense sans chloroforme.

M. WILBOUSCHEVITCH

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

Novembre et décembre 1889.

6 *novembre*. — M. TERRILLON fait une communication sur la **trépanation de l'os iliaque** pour évacuer les collections purulentes du bassin. Après avoir rappelé que plusieurs auteurs ont conseillé d'échancrer la crête iliaque pour permettre un libre drainage, M. Ter-

rillon dit qu'il a cherché à agir d'une manière analogue pour les abcès qui descendent au-dessous du détroit supérieur. Pour ceux-là, en effet, il est assez fréquent que les débridements classiques ne puissent pas suffire à tarir une suppuration entretenue par un bas-fond inaccessible où stagnent les sécrétions. Deux fois, M. Terrillon a eu à traiter des sujets qui portaient ainsi des fistules inguinales interminables, dont l'une était probablement d'origine osseuse. Il a mis l'os iliaque à nu en arrière du grand trochanter, l'a perforé, est arrivé au-dessous du détroit supérieur, a drainé la poche par son point le plus déclive et les malades ont guéri.

M. Kirmisson conteste qu'avec les points de repère donnés par M. Terrillon on arrive au-dessous du détroit supérieur. Il déclare d'ailleurs que cette trépanation est une excellente opération et il vient d'obtenir par elle une amélioration remarquable pour un abcès pelvien de coxalgie. Il rappelle à ce sujet un travail récent de Rinne (de Greifwald).

M. Bouilly a réséqué un large fragment de l'os coxal pour évacuer une collection stagnante, l'observation a été publiée par Petitot (Thèse Paris, 1883). Il insiste sur la différence de pronostic des abcès iliaques selon leur nature : non tuberculeux ils guérissent aisément, et, si on opére de bonne heure, la trépanation est en général inutile ; tuberculeux, il sont rebelles à peu près à toutes les thérapeutiques.

M. Desprès a trépané l'os iliaque en 1878 à un blessé de 1870 auquel, en 1874, M. Le Dentu avait extrait une balle et qui ensuite avait eu une récidive, après une longue période de cicatrisation, mais cette opération n'est pas neuve : elle est indiquée par Ledran.

M. Terrillon dit qu'il a trépané dans un point où l'opération n'est pas classique et il maintient, contre M. Kirmisson, que le trou aboutit au-dessous du détroit inférieur.

M. Polaillon fait connaître deux procédés pour **restaurer l'urèthre chez la femme** : 1° fistule rebelle à toute une série d'interventions. M. Polaillon, à l'aide de deux incisions transversales a mobilisé un pont de muqueuse sur la paroi supérieure de l'urèthre juste au-dessus de la fistule. Ce pont ayant été abaissé et suturé aux bords avivés de la fistule, sa muqueuse faisait dès lors partie de la paroi vaginale et au-dessus de lui, entre lui et les tissus d'où on venait de le séparer par dissection, il existait un canal qui se cicatrisa autour d'une sonde à demeure ; 2° absence congénitale de

toute la paroi inférieure. Restauration en suturant sur la ligne médiane la lame interne des petites lèvres dédoublées.

21 *novembre*. — M. Assaky propose de pratiquer l'**hystéropexie** sans laparotomie, en prenant avec une aiguille courbe l'utérus appliqué par la pesanteur au-dessus du pubis, le bassin étant surélevé et renversé, dans la position préconisée par Frendelenburg pour la taille hypogastrique. Mais dans l'opération de M. Assaky une anse intestinale interposée a été reconnue par la percussion et il a fallu, pour l'écarter, recommencer la manœuvre. Aussi MM. *Pozzi et Terrier* s'élèvent-ils contre cette méthode, qui d'ailleurs n'est pas neuve, ainsi qu'il appert de la thèse de Dumoret (1).

28 *novembre*. — A propos de cette communication, M. Roux (de Lausanne) adresse une observation où il a constaté, après avoir ouvert le ventre, qu'il y avait une anse intestinale en avant de l'utérus, bien qu'avant l'opération, et jusqu'à l'ouverture du péritoine, il ait cru pouvoir exclure cette idée, si bien qu'il avait failli recourir à l'hystéropexie sans laparotomie. Il condamne donc cette opération.

11 *décembre*. — M. Richelot fait une communication sur le *traitement des rétro-déviations utérines par l'hystéropexie vaginale* (voyez *Annales*).

M. Pozzi fait remarquer que la traction a pour point d'appui le périnée ; mais n'est-ce pas le sable mouvant que le périnée en général flasque des femmes à rétro-déviation ? Et comme l'on sait que l'amputation du col et le curage ont par eux-mêmes d'excellents effets, il ne faut pas trop proclamer les bienfaits de la suture de Nicoletis.

M. Quénu insiste sur cette manière de voir.

M. Championnière ajoute que toutes les interventions sanglantes que l'on a préconisées ont des effets favorables, mais temporaires. Elles agissent comme une saignée, et Chapman a bien démontré que la congestion utérine joue un rôle dans les accidents des déviations. Mais il faut suivre ces malades. La cause première de leurs souffrances est tout autre, elle réside, en général, dans des lésions des annexes. Aussi voit-on ces souffrances récidiver d'habitude, même après la laparohystéropexie, et le seul remède est alors dans l'ablation des annexes malades.

---

(1) Conçue théoriquement en 1882 par Laneva, cette méthode n'a toutefois jamais été employée par lui. (Dumoret, p. 21.)

M. Bouilly trouve exagérées les assertions de M. Championnière. Dire que n'importe quel acte sanglant amène des soulagements, c'est donner raison à la chirurgie empirique ; on n'améliore, on ne guérit les malades que si on pose un diagnostic exact et complet. Oui, les lésions des annexes sont fréquentes ; il faut les diagnostiquer, et si elles existent s'attaquer à elles. Mais aussi il y a des déviations qui sont, en soi, la cause des accidents. Alors le redressement peut, à lui seul, donner une cure complète instantanée. En particulier, il y a des rétroflexions pures, fort gênantes, que la pose d'un pessaire de Hodge pendant plusieurs mois, après redressement à l'hystéromètre, peut guérir définitivement (1).

M. Tillaux résume une observation de rétroflexion accidentelle et instantanée, guérie par le redressement immédiat (voir *Annales*, décembre 1889, p. 405).

M. Trélat, après avoir rappelé que les discussions sur le rôle des déviations dans les douleurs pelviennes sont loin d'être récentes, affirme que les éléments dont il faut tenir compte sont multiples, qu'en particulier la métrite est importante parmi ces éléments. Mais souvent une flexion cause la métrite d'un utérus qui se vide mal ; sous peine de récidive il faut après curage redresser ces utérus. Quelle est alors la meilleure opération ? C'est une question de faits que le temps jugera. A priori, M. Trélat n'a pas trop confiance dans la suture de Nicoletis.

M. Richelot répond qu'on lui a fait des objections théoriques. L'avenir seul prouvera si elles sont ou non fondées. Mais la suture de Nicoletis n'est pas bien compliquée et elle ne peut guère qu'améliorer les résultats, déjà bons, que fournit l'amputation susvaginale.

18 *décembre*. — M. Pozzi présente un myôme utérin pesant 15 livres. La pédiculisation de cette énorme masse fut très laborieuse. Une large rupture fut faite à la vessie. Elle fut suturée et la malade depuis six jours se porte parfaitement bien. Sa température n'a pas dépassé 37°,7.

(1) Voir dans les *Annales* le travail de Schultze, *Mode d'emploi et avantages des pessaires à anneau en celluloïde*, décembre 1889, p. 400.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1889.

Charpentier.—Rapport sur un mémoire de M. le Dr A. Herrgott, concernant un **cas de rétention fœtale chez une femme** arrivée à terme (1).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 12 décembre 1889.

Renouvellemènt du bureau : élections.

Président : M. Dumontpallier.
1er vice-président : M. Charpentier.
2e vice-président : H. Lucas-Championnière.
Secrétaire-général : M. Porak.
Trésorier-archiviste : M. Verrier.
1er secrétaire annuel : M. Greslou.
2e secrétaire annuel : M. Jouin.

A la suite de rapports de M. Porak, sont nommés : M. A. Cordes (Genève), membre correspondant national ; MM. Bétrix et Narich, membres correspondants étrangers.

Charpentier. **A propos d'un cas de mort rapide après l'accouchement.** — Femme âgée de 28 ans, Vipare ; les 5 accouchements antérieurs normaux quoique laborieux. Elle a perdu une sœur, morte à 28 ans d'une *embolie* cérébrale. Grossesse actuelle normale, sauf quelques accidents congestifs du côté de la poitrine, du côté du bassin, et une somnolence prolongée après les repas. Le 23 octobre perte prématurée des eaux, écoulement qui continue le 24 et le 25 sans apparition de contractions. Le 25, à 6 heures du soir, début du travail. Mais, le travail marche d'une manière irrégulière. Le 26 à 5 heures 1/4 du matin *douleur extrêmement vive suivie d'un état syncopal et de la diminution des contractions, mais sanc cessation complète.* A partir de ce moment, l'état de la parturiente s'aggrave d'une façon tout à fait inquiétante. M. Charpentier la trouve dans l'état suivant : cyanose généralisée, respiration extrêmement courte et fréquente. Pouls insensible, les extré-

---

(1) Vid. in *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, décembre 1889, p. 412.

mités froides et glacées. État syncopal, presque continu. La malade est pour ainsi dire mourante.

Le ventre est endolori, l'utérus se contracte faiblement, les doubles battements fœtaux sont imperceptibles. *Bassin normal.* Le col, gros, volumineux, forme autour de la tête fœtale un bourrelet épais, parfaitement circulaire et intact dans sa continuité. A droite, on constate une encoche qui s'arrête au niveau du bourrelet. La dilatation n'est pas complète, mais le bourrelet cervical se laisse facilement déprimer. L'état critique de la malade exige une terminaison prompte de l'accouchement. On applique le forceps, mais, malgré des tractions énergiques et réitérées, la tête n'arrive pas à franchir le col, on fait alors la perforation avec le perforateur de Blot et l'on applique le céphalotribe de Bailly. Mais la tête fuit lors de l'introduction de la 2e branche. M. Charpentier réussit enfin à extraire assez facilement par la version, l'enfant qui est volumineux, mais dont la tête ne dépasse pas les proportions ordinaires. Délivrance spontanée, 15 minutes après. Pas d'hémorrhagie. Cependant, malgré les injections d'éther, la femme succombe à midi. Charpentier croit devoir attribuer la mort à une *embolie*.

Discussion : Pajot, s'étonne que, le bassin étant bien conformé, on n'ait pas réussi à extraire la tête. Il a vu le col utérin être entraîné jusqu'à la vulve, et il dut le soutenir pour permettre l'extraction de la tête. Il a appliqué le forceps dans deux cas de cancer du col et la tête put passer. Il demande quel forceps on a employé. Charpentier s'est servi du forceps classique. Il a vu un cas analogue avec M. Tarnier : M. Tarnier appliqua deux fois le forceps mais sans succès ; il fallut recourir au céphalotribe ; la difculté de l'extraction d'après M. Tarnier serait due à l'absence de contractions du segment inférieur de l'utérus, la tête entraîne le segment inférieur de l'utérus et ne sort pas. Loviot insiste également sur le rôle qu'il convient d'accorder à l'absence relative des contractions, non seulement du segment inférieur, mais du segment supérieur. Pajot déclare qu'il a bien souvent noté l'absence complète des contractions, ce qui n'empêcha pas l'extraction facile de la tête.

Loviot. **Manœuvres obstétricales. Faits cliniques.** — Ces faits viennent à l'appui de différentes manœuvres préconisées par l'auteur.

A) *Réduction manuelle suivie ou non d'application de forceps dans les variétés postérieures.*

1er *fait.* — X..., 22 ans, IIpare (un avortement de 2-3 mois). 2e grossesse à terme. Dilatation complète, OIDP qui, malgré l'énergie des contractions, ne tourne pas. Loviot introduit la main dans le vagin, 4 doigts en arrière de la tête, le pouce en avant, et essaie, avec succès, de la mobiliser en avant. Il applique ensuite le forceps, mais n'est satisfait de la saisie de la tête qu'à la 3e application.

Alors, extraction facile d'une fille, pesant de 6 livres 1/2 à 7 livres, bien vivante. Suites de couches normales.

2e *fait.*— X..., primipare, à terme, en travail. Dilatation complète, tête engagée. La suture sagittale dessine le diamètre oblique droit. *diagnostic :* OIGP. Tentatives de réduction manuelles peu heureuses. Application de forceps et dégagement en OS. La tête extraite, tourne *à droite.* En somme, il s'agissait d'une OIDP ; l'extrémité céphalique avait tourné en arrière et dépassé le sacrum, rotation que les épaules n'avaient pas suivie. L'enfant pesait 9 livres.

B) *Version par manœuvres vagino-abdominales sous le chloroforme pendant la grossesse dans les présentations du siège engagé.*

1er *fait.*— Siège décomplété (fesses seules), profondément engagé dans un bassin un peu rétréci chez une primipare. Rétropulsion par manœuvres vagino-abdominales et version céphalique au 8e mois de la grossesse sous le chloroforme. Accouchement à terme en présentation du sommet. Application de forceps en raison d'un certain degré d'inertie utéro-abdominale ; enfant vivant, du poids de 5 livres.

2e *fait.* — Présentation pelvienne diagnostiquée au 8e mois, chez une femme dont le bassin était normal. La version sous le chloroforme fut refusée. Cet enfant mourut au cours de l'accouchement.

C) *Version dite brusquée.* — La méthode appliquée par l'auteur, concerne les dorso-postérieures. Et il l'a résumée dans la formule suivante : a) *pieds à droite, main droite. Décubitus latéral gauche ;* b) *pieds à gauche, main gauche, décubitus latéral droit.*

Observation. — X..., 34 ans, VIpare. Grossesse à terme. Début du travail et rupture des membranes depuis la veille. Dilatation complète. Une main à la vulve. Diagnostic : *présentation de l'épaule droite, dos en arrière.* Un lacs ayant été placé sur le bras procident, la femme chloroformisée, et placée en position obstétricale,

Loviot essaie une première tentative de version par le procédé classique; il introduit la main droite avec l'intention de passer en arrière du siège, de contourner celui-ci et d'arriver sur les pieds. Mais il ne réussit pas, en raison de la rétraction de l'utérus, à insinuer la main entre la paroi utérine et le plan postérieur du fœtus. C'est alors qu'il eut recours à sa méthode. La parturiente fut placée dans le décubitus latéral droit, et l'opérateur introduisit la main gauche, dans une situation intermédiaire à la supination et la pronation, la paume de la main regardant les pieds. Saisie assez facile d'un pied qui fut amené au dehors; replacement de la femme dans la potition obstétricale, et terminaison de la version. Extraction d'un enfant, qui vint très étonné, mais qui 25 minutes après était complètement ranimé. Délivrance normale.

R. L.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 20 *octobre* 1889.

C. Jacobs. **Rétroflexion utérine adhérente, salpingite double, occlusion intestinale.** — La malade avait été 4 ans auparavant guérie d'une fistule recto-vaginale par l'oblitération complète du vagin en deçà de la fistule. Cette dernière, se rétrécissant peu à peu, livra de plus en plus difficilement passage aux menstrues. Il y eut rétention de ces dernières, inflammation utérine consécutive, propagation aux trompes, le tout compliqué de rétroflexion de la matrice.

La salpingectomie fut suivie d'accidents d'occlusion intestinale avec vomissements fécaloïdes à la fin du 2e jour.

Réouverture du ventre. On trouve l'S iliaque adhérant aux ligatures du ligament large droit et coudé à ce niveau. Libération de l'S iliaque; guérison.

Rochet. **Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine.** — Etude de la grossesse extra-utérine successivement à 4 périodes: 1° au début, soit avant la rupture pour les grossesses tubaires; 2° au moment de la rupture; 3° après la rupture, comprenant la grossesse sous-péritonéo-pelvienne et la grossesse abdominale secondaire; 4° à une période tardive alors que la grossesse abdominale ancienne a subi des transformations diverses.

Walton, dans le but d'éviter les hémorrhagies qui, dans les opérations, résultent soit du placenta, soit des parois du sac, conseille de faire, avant la laparotomie et par la voie vaginale, la ligature des artères utérines ; le ventre ouvert, il pense qu'il est également utile de chercher à jeter des ligatures perdues sur les deux artères ovariennes avant d'opérer le kyste.

Fraipont insiste sur les difficultés que l'on rencontre quelquefois dans le diagnostic des grossesses extra-utérines. Aussi dans les premiers mois, pour peu qu'on ait des présomptions de grossesse extra-utérine, on doit faire la laparotomie et extirper le kyste. C'est encore la seule voie à suivre quand éclatent des accidents qui font penser à la rupture du sac fœtal. Dès que la grossesse est entrée dans sa seconde moitié, les dangers de rupture du sac étant beaucoup moins considérables, il faut attendre, à moins d'accidents. L'idéal est d'opérer à la fin de la gestation, alors que l'enfant est vivant. Le seul danger est l'hémorrhagie dont on peut facilement se rendre maître, et il semble inutile d'attendre, pendant 3, 4 mois, que la circulation placentaire ait cessé. En tous cas l'incision sur la ligne blanche semble de beaucoup supérieure à l'incision par le vagin.

Dorff rappelle, à l'appui de cette opinion, une opération de Kaltenbach à laquelle il a assisté et où le fœtus fut extrait par une incision vaginale. Tout se passa bien pendant les premiers temps, mais le 9e jour se développa une péritonite qui emporta la malade. Le fait s'explique par la difficulté qu'il y a à obtenir par le vagin l'antiseptie d'une poche semblable à celle des grossesses extra-utérines.

Max. — **Table de cabinet de médecine.**

REVUE ANALYTIQUE

I. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA PÉRITONITE

De la question de l'étiologie de la péritonite aiguë. (Zur Frage der Aetiologie der Akuten Peritonitis), Athanasius Solowjeff. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 3.

On sait fort peu de chose, quant à l'étiologie de la péritonite

aiguë, surtout si l'on se place au point de vue bactériologique. Les recherches faites visent pour la plupart les formes suppurées de la péritonite puerpérale. Et cependant, il se rencontre des inflammations péritonéales aiguës qui, même à la nécropsie, n'offrent aucune sorte d'altérations anatomo-pathologiques. Pawlowsky, en inoculant à des animaux des quantités considérables de *staphylococcus pyogenes aureus* et de *bacilles pyocyaniques* a déterminé de ces variétés de péritonites, qu'il classe sous la rubrique de « *péritonite mycosique* ». Or, Solowjeff pense qu'il survient, dans l'espèce humaine, des affections péritonéales de cette nature, bien que, jusqu'à l'heure présente, leur existence n'ait pas été démontrée par les recherches bactériologiques. Il relate, à l'appui de sa manière de voir, l'observation d'une femme morte, le 9me jour, après une myomotomie avec traitement extra-péritonéal du pédicule, et chez laquelle les phénomènes cliniques observés après l'opération ne permirent pas de préciser, d'une manière nette, la vraie cause de la mort. De même, les constatations nécropsiques ne furent pas plus explicites à cet égard. Voici ce qu'on releva du côté du ventre : abdomen non distendu, flasque. Sur la ligne médiane, 2 doigts au-dessous de l'ombilic et se prolongeant vers la symphyse, une incision longue de 15 centim. dont les bords étaient coaptés par des sutures de soie ; il y avait eu réunion par première intention. Dans l'angle inférieur de la plaie, un moignon de forme ovalaire, d'un diamètre de 11 centim., serré par trois cordons élastiques. Au niveau de la moitié inférieure de la plaie abdominale, le péritoine pariétal émanait des cordons fibrineux, de nouvelle formation, qui le reliaient à l'iléum. Dans le tissu cellulaire de l'espace de Douglas, des extravasations punctiformes.

Or, Solowjeff ayant ensemencé des substances recueillies dans le péritoine avec toutes les précautions d'usage, il eut des résultats positifs et de plus, par la culture sur plaques, il isola : *a*) des streptocoques, et *b*) des bacilles fins non pathogènes. Il en conclut qu'on a eu sans doute affaire à une « *péritonite mycosique* », et qu'elle a été la vraie cause de la mort.

Pourtant, cette interprétation comporte quelques réserves. Car, une infection qui ne laisse pas d'altérations anatomo-pathologiques a d'ordinaire une marche suraiguë. Les animaux, inoculés par Pawlowsky, et qui mouraient de « péritonite mycosique », succombaient au bout d'un jour. Or, chez la femme dont il s'agit, la mala-

die aurait duré de 3 à 4 jours et sans laisser de traces! Seulement, Pawlowsky employait pour ses inoculations des microbes pyogènes. Quant au streptococcus, on sait que sa pénétration dans l'organisme, y produit soit la suppuration, soit une inflammation érysipélateuse! S'agit-il d'un même organisme, ou de produits modifiés d'une même espèce de microbe? A ce sujet, l'auteur déclare que, ni au moyen du microscope ni par le mode de développement des cultures, il n'a réussi à dégager aucun signe différentiel entre ce streptococcus provenant de la femme morte et le streptocoque pyogène commun.

Les essais, quant à la virulence de ce streptococcus, donnèrent les résultats suivants : une première souris, blanche, est inoculée sous la peau avec une culture de streptococcus de 7 jours (contenu d'une seringue de Pravaz); *résultats* : rougeur légère dans le voisinage de la piqûre, le 1er jour; pas de formation d'abcès. 2e souris inoculée de la même manière, avec une culture de 2 jours, pas de résultats. On inocula un lapin à l'oreille avec une culture de 2 jours; le jour suivant l'oreille se tuméfie, s'hyperhémie vivement, est chaude. Le lendemain la rougeur s'étend jusqu'à la base de l'oreille; mais les choses ne vont pas plus loin; une semaine après la tumeur a disparu, et le lapin se rétablit. On injecte à un autre lapin, dans le péritoine, 3 c. c. d'une culture dans le bouillon de streptococcus, de 2 jours. Le jour suivant, l'animal est abattu, l'abattement augmente de plus en plus, et la mort survient le 6e jour. A l'autopsie, *le péritoine paraît normal et transparent*. De plus, les ensemencements faits avec des liquides du péritoine, fournissent des cultures abondantes de streptococcus. En résumé, ce streptococcus n'amena pas non plus chez les animaux, de suppuration, même chez le lapin qui mourut le 6e jour. Il est donc probable qu'il s'agit du streptococcus de l'érysipèle, opinion en faveur de laquelles milite l'échec des inoculations chez les souris blanches, lesquelles sont, comme on le sait, indifférentes à l'action de ce microorganisme. Toutefois, l'auteur déclare qu'il laisse indécise la question de l'identité ou de la différence des deux streptococcus.

R. L.

Recherches expérimentales sur la péritonite. (Experimentelles über Peritonitis), par ORTH, *Centralbl. f. Chir.*, 30 novembre 1889, p. 849.

En présence des assertions contradictoires de Grawitz et de

Pawlowsky relativement à la réaction du péritoine à la suite de l'injection de *cocci* pyogènes, Orth a entrepris une série d'expériences qui l'ont amené à confirmer les travaux de Grawitz. On peut injecter, sans rien déterminer, dans la cavité péritonéale de chiens, de chats, de cobayes et de rats, jusqu'à 10 c. c. d'une dilution de *staphylococcus pyogenes aureus* ou de *streptococcus pyogenes ;* de même l'injection de 8 c. c. d'une dilution de microbes pyogènes dans l'urine ou de 2 c. c. de sang frais mélangé de 1 c. c. d'une dilution de staphylocoques (un pois de culture dans agar pour 30 c c. d'eau) ne produit aucune lésion du péritoine.

Ces faits s'expliquent par le pouvoir de résorption du péritoine. Les résultats sont, en effet, tout autres lorsqu'on injecte des matières infectieuses non résorbables ou lentement résorbables ; la même quantité de micro-organismes suffit alors pour déterminer l'éclosion d'une péritonite. Celle-ci apparaît après injection d'une culture dans l'agar ou dans la gélatine, après injection de 15 à 20 c. c. de sang frais infectieux. Les caillots, que l'on retrouve encore en partie au bout de 3 jours, favorisent par leur masse le développement de la péritonite ; il semble de plus qu'ils agissent non seulement comme substance non résorbable, mais aussi comme matière jouissant d'une propriété chimique spéciale (fibrinferment ?).

On peut du reste retirer du pus des abcès et des liquides péritonitiques une substance chimique dont l'injection, même en petite quantité, produit régulièrement la péritonite ; de même l'injection d'urine ammoniacale, avec ou sans staphylocoques, provoque invariablement une péritonite mortelle.

L'existence de lésions péritonéales favorise l'action des micro-organismes : chez des animaux ascitiques, il suffit de l'introduction d'un c. c. d'une dissolution de staphylocoques pour provoquer une péritonite mortelle en 3 ou 4 jours.

De même l'injection de 5 c. c. d'une dissolution de staphylocoques produit régulièrement une péritonite mortelle quand elle est consécutive à une lésion traumatique ou chimique du tissu péritonéal (excision d'un petit morceau de mésentère, par exemple, ou cautérisation d'un point avec la térébenthine).

Dans une série d'expériences Orth a étudié la conséquence d'un trouble de circulation partielle. Pour simuler les phénomènes de l'obstruction intestinale dans les hernies, il plaça une ligature

sur l'intestin pendant quelques heures. Une ligature de 4 à 6 heures ne causa aucun dommage ; par contre, une ligature d'une durée de 3 h. 1/4 à 5 heures avec injection consécutive dans le péritoine d'une dissolution de *staphylococcus*, provoqua une péritonite mortelle.

La mort vient au bout de 24 heures si on injecte 4 gouttes d'une dissolution de *staphylococcus* dans une veine de l'oreille, même si la durée de la ligature n'a été que de 2 ou 4 heures.

Les *streptococcus* agissent plus lentement.

Un animal, auquel on avait lié l'intestin pendant 2 heures eut le fémur cassé ; la plaie de fracture fut infectée avec des *staphylococcus* et l'animal mourut au bout de 36 heures de péritonite généralisée.

L'injection sous-cutanée de *staphylococcus* peut aussi produire une péritonite mortelle, mais seulement après une longue obstruction intestinale et par l'emploi d'une quantité relativement grande de dissolution.

Ces diverses expériences suffisent à établir que, non seulement l'introduction directe des micro-organismes dans la cavité péritonéale, mais aussi la pénétration directe et même indirecte dans le sang peuvent produire une péritonite mortelle s'il y a une lésion locale prédisposant au développement de phénomènes inflammatoires.

P. Caboche.

II. — CHIRURGIE ABDOMINALE

Trois laparotomies. — Lavage de la cavité péritonéale avec du sublimé, par Gellé. — *Annali di ostetricia e ginecologia.* Firenze, juin 1889. T. XI, p. 277.

1re Observation. — Kyste de l'ovaire enlevé très facilement. Néanmoins on fit un grand lavage de la cavité péritonéale avec une solution chaude de sublimé au 1/10000. Le soir même de l'opération la malade ressentit de violentes douleurs abdominales ; pendant la nuit elle eut des vomissements très douloureux. Le lendemain matin elle eut une éruption scarlatiniforme à la face, au tronc et aux bras. Rien d'anormal du côté de la muqueuse buccale ; la température et le pouls étaient normaux. Tous les accidents disparurent le 3e jour.

2e Observation. — Kyste dermoïde de l'ovaire fortement adhérent à la paroi abdominale antérieure. Les parois furent suturées aux lèvres de la plaie abdominale, après avoir lavé la cavité péritonéale avec du sublimé au 1/10000. Le liquide en excès fut enlevé avec du coton et de la gaze au sublimé. La malade alla bien pendant 24 heures et elle eut à peine quelques vomissements, mais elle fut bientôt épuisée par la diarrhée et mourut 52 jours après l'opération.

A l'autopsie, foie gros, léger degré de néphrite interstitielle, cœur petit.

3e Observation. — Kystes du parovarium. Le lavage de la cavité péritonéale fut fait comme ci-dessus. Pendant toute la nuit la malade eut de nombreux vomissements qui durèrent encore le jour suivant, puis les accidents disparurent et la guérison fut complète au bout de 14 jours.

Mauclaire.

Drainage du péritoine dans les laparotomies (Ueber Drainage der Bauchhöhle bei Laparotomien), par S. Lande. *Archiv. f. Gynæk.*, vol. XXXVI, 3e fasc., p. 460, 1889.

Le mémoire de Lande est consacré à exposer et à défendre la pratique de Sänger. Après un historique qui montre comment sous l'influence des progrès de l'antisepsie, l'emploi du drainage a été peu à peu restreint à des cas spéciaux, l'auteur étudie les divers procédés usités pour évacuer les sécrétions intra-péritonéales et il les classe de la manière suivante : 1o Evacuation par la position du malade ; 2o évacuation par un orifice artificiel fait au fond du bassin ; 3o drainage par la plaie abdominale.

1o Position de l'opérée. Décubitus latéral ou abdominal : les malades ne peuvent généralement pas le supporter.

2o Drainage par le cul-de-sac de Douglas. Lande lui fait les reproches suivants. Son exécution est difficile et quelquefois dangereuse. Le cul-de-sac de Douglas n'est pas toujours le point le plus déclive du péritoine. L'infection peut se faire par le vagin. En somme le drainage par le vagin ne doit être employé que dans les cas où l'opération elle-même a été faite par le vagin.

3o Drainage par la plaie abdominale avec adjonction de la force capillaire ou du pansement compressif. Le tube de verre est le meilleur de tous parce qu'il est incompressible, mais il est insuffisant quand il faut lutter contre la pesanteur. Pour triompher de

cette dernière, on a eu recours à l'aspiration et à la capillarité. C'est la capillarité qui donne les meilleurs résultats. Sänger emploie la gaze iodoformée sèche. Mais la gaze iodoformée se mouille rapidement. Une fois imbibée, elle fonctionne mal ; il faut la changer ; or cela présente des difficultés, l'orifice s'est rétréci ; on est obligé d'enlever des points de suture, il peut se produire des hémorrhagies. Aussi la simple gaze excellente pour le tamponnement abdominal est insuffisante pour le drainage véritable.

Pour éviter ces inconvénients tout en utilisant la force capillaire, il suffit de mettre la gaze dans un tube. Sänger emploie un drain de verre courbe de 12 à 35 cent. de long, de 1 cent. de diamètre, pourvu d'orifices latéraux, qui ne doivent pas mesurer plus d'un millimètre.

Ce drain est placé dans la cavité de Douglas, mais il n'est pas nécessaire qu'il aille jusqu'au fond. Dans quelques cas, on peut mettre deux drains. Le premier pansement reste 24 heures, le second peut rester 48 heures. On n'enlève généralement pas le drain avant le 6e ou le 8e jour.

Ce tamponnement abdominal est indiqué dans tous les cas d'hémorrhagie parenchymateuse dont on ne peut triompher autrement.

Le drainage proprement dit est indiqué dans les cas où les sécrétions péritonéales sont modifiées qualitativement ou quantitativement, dans les cas où le péritoine est souillé ; dans les cas de lésions inflammatoires, infectieuses ou traumatiques du péritoine liées à un état général défavorable.

Sänger sur 200 laparotomies pratiquées de 1881 à 1889 a pratiqué 17 fois le drainage soit dans 8,5 0/0 des cas (8, ovariotomies, 4 myomectomies, 1 salpingo-oophorectomie, rupture complète de l'utérus, 1 grossesse tubo-abdominale, 1 fibrome de la paroi abdominale, 1 péritonite chronique). Les 17 observations sont données. Sept malades ont succombé (septicémie 3, anémie aiguë, collapsus, dégénérescence du cœur 4).

P. Delbet.

Causes de la mort après la laparotomie. (Ueber Todesursachen nach Laparotomien), par Otto von Herff. *Berl. klin. Woch.*, 1889, nº 50, p. 1080.

L'auteur laisse complètement de côté la mort par infection septique et il s'occupe seulement des morts rapides, sans péritonite,

que souvent on englobe toutes sous la rubrique de choc traumatique. La mort relève du cœur, du poumon, du rein. L'insuffisance cardiaque a souvent pour origine la prolongation de la chloroformisation et l'emploi des doses trop fortes de cet anesthésique. Il se produit ainsi une véritable intoxication, avec dégénérescence graisseuse aiguë des viscères, du cœur en particulier, surtout si le cœur est déjà atteint antérieurement. De là l'utilité d'administrer au malade avant l'opération de la morphine et de l'atropine pour permettre de donner moins de chloroforme. Les bronchopneumonies sont expliquées par certains auteurs, par Zweifel surtout, par l'action irritante du chloroforme, et surtout lorsqu'on opère à la lumière du gaz, car il se produit alors par combustion des vapeurs très irritantes. Von Herff ne croit guère à cette opinion ; pour lui ces bronchopneumonie sont infectieuses, par déglutition des mucosités naso-buccales. Il est donc fort important de désinfecter avec soin ces régions. Le troisième danger, enfin, vient des reins et là la mort subite s'observe surtout lorsque ces viscères sont malades à l'avance. Comme pour le cœur, il s'agit alors des modifications aiguës, dégénératives, d'ordre toxique, dues à la fois au chloroforme et aux antiseptiques. Si donc un malade est atteint d'une lésion rénale, l'acte chirurgical est permis s'il s'agit d'une opération d'urgence, ou si la lésion rénale n'est pas trop avancée ; et dans ces conditions : 1° on aura recours à l'éther pour l'anesthésie ; 2° on évitera avec soin l'emploi du sublimé. A. Broca.

238 cas d'ovariotomies complètes, remarques sur cette opération. (Table of 238 cases of completed ovariotomy, 163 to 400 inclusive, with remarks), par Geo Granville Bantock, *British gynæc. Journ.* Lond., 1889-1890, T. V, p. 343.

Bantock a complètement abandonné aujourd'hui l'usage des antiseptiques ; la stérilisation des instruments destinée à assurer leur asepsie lui semble une complication inutile ; la simple propreté suffit, grâce à elle seule il n'a eu pour sa quatrième centaine d'ovariotomies que 4 morts, alors que dans la première centaine, à une époque où il employait la méthode de Lister, il avait eu 19 morts. Sa pratique s'est, dans ces dernières années, modifiée pour certains points :

Depuis novembre 1884, il a recours au lavage du péritoine à

l'eau chaude. Ce lavage est utile après l'ablation des grosses tumeurs ; il permet de chasser de l'excavation pelvienne l'air qui peut s'y trouver ; on doit y recourir dans les cas de tumeurs colloïdes rompues, de vascularisation péritonéale. Pratiqué dans plus de la moitié des cas, il n'a jamais déterminé d'accidents ; la seule précaution à prendre est de n'employer que de l'eau simple ou tout au plus de l'eau salée sous peine d'exposer la malade à des phénomènes d'intoxication, comme cela est arrivé avec l'acide phénique dans un cas de Polaillon.

Depuis le 25 novembre 1875, Bantock a complètement abandonnée le clamp et se sert exclusivement de la ligature. Ayant perdu sa 19e opérée par suite du glissement du bord externe de sa ligature sur le pli correspondant du péritoine, il a soin de commencer par lier séparément cette partie latérale du pédicule, puis transfixe le reste pour placer les ligatures principales.

Depuis 1885, il n'a plus recours aux opiacés ; la douleur n'est pas telle que la malade ne puisse la supporter et l'opium est plus funeste qu'utile. L. Tait l'a, du reste, aussi abandonné. Une diète de 24 et quelques heures, aidée d'une compression élastique douce, assure le repos de l'intestin.

Le meilleur traitement des vomissements et des nausées consiste à maintenir l'estomac au repos en n'y introduisant absolument rien. S'il y a des efforts considérables de vomissement n'arrivant qu'à évacuer incomplètement une petite quantité de mucus aqueux, quelques onces d'eau chaude suffiront pour vider l'estomac et faire cesser les accidents. La même pratique convient lors de vomissements bilieux jaunâtres ; au contraire, lorsque la coloration grise des vomissements indiquera que la bile a déjà fait un long séjour dans l'estomac, il faut donner 3 ou 4 onces d'eau chaude contenant 15 ou 20 grains de bicarbonate de soude. Tous ces accidents sont du reste rares avec le chloroforme, dont on a beaucoup médit, mais qui est encore le meilleur anesthésique.

L'administration de la glace, pour calmer la soif, est une pratique détestable ; rien ne soulage comme de se rincer la bouche avec un peu d'eau chaude.

Quant au traitement de la péritonite, heureusement fort rare aujourd'hui, Bantock ne croit guère à toutes les médications que l'on a proposées. Les purgatifs salins, vantés par Lawson Tait et Greig Smith, lui ont toujours paru aggraver l'état des malades.

H. H.

Laparotomie pour ascites. (Laparotomy for Ascites), par P. S. Ashby *Americ. Jour. of obst.*, New-York., janv. 89, T. XXII, p. 44.

C'est un plaidoyer chaleureux et convaincu en faveur de la laparotomie dans l'ascite. Lorsque, dit l'auteur, on aura épuisé tous les moyens de diagnostic et que l'épanchement intra-péritonéal ne pourra être rapporté à aucune affection du foie, du cœur ou d'un autre viscère; lorsque tous les autres moyens de traitement, y compris la ponction, auront échoué, on sera autorisé à faire la laparotomie pour voir si l'hydropisie n'est pas due à quelque cause inaccessible aux autres moyens d'investigation.

Il faut d'ailleurs distinguer entre l'ascite qui accompagne les tumeurs abdominales et qui n'est alors qu'un phénomène accessoire et l'ascite qui, étant le seul symptôme appréciable, occupe le premier plan.

Dans le premier cas le traitement est dirigé contre la tumeur, et la laparotomie n'est plus discutable, dans le second cas l'incision est faite pour déterminer la cause de l'hydropisie et la faire disparaître si on parvient à la découvrir.

Les observations sont assez rares où telle a été la conduite du chirurgien. Ashby en apporte une très belle à l'appui de sa thèse.

Chez une jeune fille de 19 ans on vit apparaître sans cause appréciable une ascite très considérable. Une première ponction donna 12 litres de liquide, reproduit quelques jours après. En l'absence de tout symptôme pouvant expliquer cet épanchement, la laparotomie fut pratiquée. On trouva dans le petit bassin, après évacuation de 15 litres de liquide péritonéal, un fibro-myôme gros comme un œuf de poule, dont le point d'implantation fut impossible à déterminer, et qui fut énucléé avec les doigts. Ashby, supposant que l'ascite était due à la compression produite par cette tumeur sur quelque gros vaisseau, referma le ventre.

Quatre mois après l'ascite n'avait pas reparu et la malade était en parfaite santé.

J.-L. Faure.

Fistules abdominales consécutives à la laparotomie. (Abdominal Fistulæ after laparotomy), par Henry Beates, *Medical Standard*, Chicago, septembre 1889, p. 70.

Une femme subit une castration tubo-ovarienne droite et quelques semaines plus tard une seconde laparotomie dans le but d'enlever les annexes du côté droit qui étaient malades ; mais l'ablation en fut impossible. Les troubles persistant 18 mois après, une

troisième laparotomie fut nécessaire pour évacuer et drainer la collection pelvienne : le drainage fait à l'aide d'un tube de verre fut maintenu pendant 5 jours. Une fistule se forma et suppura pendant 6 mois : on décida alors une quatrième laparotomie et on trouva un trajet fistuleux en V, dont la queue se trouvait dans l'espace compris entre le péritoine et le fascia transversalis et qui conduisait au siège de la lésion primitive. Un grattage soigneux de ces trajets et de leurs prolongements assura la guérison.

L'opérateur attribue la formation de cette fistule aux fongosités des trajets et non au drainage. Pricé est d'avis que ces fistules consécutives aux oophorectomies sont le résultat de ligatures malpropres

Goodell n'a jamais vu que des fistules consécutives à l'ovariotomie et non à l'oophorectomie. L'auteur termine en disant qu'il a été témoin d'un cas de guérison spontanée. P. Noguès.

Kyste suppuré de l'épiploon ; laparotomie, excision du kyste ; guérison. (A case of suppurating omental Cyst; abdominal section ; excision of Cyst ; recovery), par John Waldy, *Lancet*, Lond., 1889, vol. II, p. 642.

Observation intéressante. Le jeune âge de l'enfant — huit ans — fit penser à un kyste dermoïde. Incision médiane, ponction du kyste qui était plein de pus. Adhérences aux intestins et au foie. Pendant la rupture des adhérences, déchirure de l'intestin immédiatement refermé par une suture de Lemberg. Drainage du petit bassin. Guérison sans incidents. J.-L. Faure.

Remarques sur la chirurgie de l'abdomen et du rein (Some remarks on abdominal and ronal surgery), par Thomas Savage, *Prov. Med. Journ.*, Leicester, 1889, T. VIII, p. 466.

C'est sur le traitement des fibro-myômes de l'utérus que l'auteur insiste au début. Beaucoup, surtout aux environs de la ménopause, doivent être respectés : ils s'améliorent ou disparaissent spontanément et l'intervention sanglante est inutile. Mais lorsque par leur volume, les douleurs, les attaques de péritonite localisée qu'ils provoquent, ils deviennent intolérables, trois moyens d'action restent en présence : D'abord l'ablation des annexes, à laquelle il donne la préférence. Elle est, dit-il, non sans quelque exagération, facile, efficace et d'une innocuité presque absolue. Si l'ablation des annexes de l'utérus est impossible, il faut avoir recours à l'électrolyse. Elle donnerait d'excellents résultats sans

faire courir de dangers bien sérieux. Quant au troisième moyen, l'hystérectomie, c'est une opération très brillante et d'une efficacité absolue, quand elle réussit. On sait malheureusement combien est encore élevée la mortalité de l'hystérectomie abdominale et on n'a le droit de la tenter que lorsque les autres moyens ont échoué et que la vie de la malade est en danger.

Chemin faisant, l'auteur dit un mot sur la chirurgie de l'intestin, donne la préférence à l'anus iliaque sur l'anus lombaire, et pense que le traitement de l'obstruction intestinale est encore dans l'enfance. L' entérotomie est un premier pas. Mais il reste encore beaucoup à faire.

De la splénectomie, peu de choses à attendre. Lorsqu'on opère, la tumeur est en général trop volumineuse et l'état du malade trop précaire pour qu'on puisse espérer beaucoup d'une intervention aussi radicale.

Quant à la cholécystotomie, c'est au contraire une excellente pratique qui doit prendre encore de l'extension. Bien réglée, facile dans la plupart des cas, elle débarrasse des multiples inconvénients de la présence des calculs. Sur ce point les chirurgiens sont encore trop timides. On doit la tenter toutes les fois qu'il y a des signes persistants de calculs, sans même attendre qu'il y ait tumeur.

L'auteur termine en exposant ses idées sur la chirurgie du rein. La néphrotomie, excellente opération quand les calculs sont récents et le tissu rénal encore bon, doit céder le pas à la néphrectomie quand le rein est transformé en une poche purulente, à condition, bien entendu, que l'autre rein soit sain. La néphrotomie suivie de néphrectomie est une pratique détestable, à cause des adhérences qui s'établissent. La néphrectomie d'emblée vaut infiniment mieux. Quant à la néphrectomie pour rein flottant, elle est parfaitement légitime lorsque les douleurs sont intolérables et la santé compromise.

Vient enfin un parallèle entre la voie lombaire et la voie transpéritonéale pour l'extraction du rein. La première doit être préférée quand le rein est petit, la seconde lorsqu'il est très volumineux. Dans ce dernier cas on peut choisir entre l'incision sur la ligne blanche, qui donne plus de place et permet de se rendre compte de l'état de l'autre rein, et l'incision sur le bord externe des muscles droits qui permet de tomber plus directement sur le rein et expose moins à la hernie consécutive. Une excellente pratique est celle de Spencer Wells, qui, après avoir suturé le feuillet pro-

fond du péritoine, fait dans la région lombaire une contre-ouverture qui donne passage à un drain. J.-L. FAURE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bett (Helen H.). The dress of women ; its relation to the etiology and treatment of pelvic disease. *Tr. gyn. Soc.*, Boston, 1889, I, 119. — **Bryan (L. A.)**. Congenital absence of the uterus and its appendages. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1889-90, XVI, 529. — **Field (H.M.)**. A few of the errors and misapprehensions of my earlier gynæcological praçtice. *Trans. gyn. soc.*, Boston, 1889, I, 356. — **Alfred Haviland**. The infrequency of cancer among females in the English Lake district. *Lancet,* Lond., 1889, II, 534. — **Mabboux**. La goutte chez la femme, localisations utéro-vaginales ; leur thérapeutique générale et hydro-minérale. *Gaz de gynéc.*, Paris, 1889, IV, 113. — **Arthur E. Nevins**. Association of Heart Disease with Diseases of the Pelvic viscera in women. *Lancet,* Lond., 1889, II, 1226. — **Wilson (H. P. C.)**. President's address american gynecological society. *Boston Med. and Surg. Jour.*, 1889, CXXI, 296.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Amiard**. Du traitement palliatif des corps fibreux de l'utérus par les courants continus à intermittence rythmée. *Rev. méd.-chir. des mal. des femmes*, Paris, 1889, p. 661. — **Apostoli**. Note complémentaire sur mon traitement électrique des fibromes utérins. *Arch. de tocol.,* Paris, 1889, XVI, 809. — **Braun-Fernwald** und **Kreisel**. *Klin. Beitr. z. manuellen Behandlung der Erauenkrankheiten*. Wien, 1889. — **Brivois**. Electrothérapie gynécologique et obstétricale. *Arch. de tocol.*, Paris, 1889, XVI, 732. — **S. Cholmogoroff**. Zur Behandlung der Fibrome der Gebarmutter mit dem constanten galvanischen Strom. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Stuttgart, 1889, Bd XVII, Hft 2, p. 187. — **Cordes**. Nouvelle sonde à double courant pour les irrigations de l'utérus. *Arch. de tocol.*, Paris, 1889, XVI, 874. — **Duret**. De l'asepsie et de l'antisepsie préalables dans la chirurgie utérine. *Journ. des sc. médic. de Lille*, 13 sept. 1889. — **Charles C. Fredigke**. Vaginal tamponage. *Med. Rec.*, N.-Y., 1889, XXXVI, 313. — **Galonskoff**. Irrigation vagin. continue. *Med. Obozr.*, Mosk., 1889, XXXII, 193. — **Goldspiegel (H.)**. Du traitement manuel des maladies des femmes selon la méthode de Thure Brandt. *Arch. de tocol.* Paris, 1889, XVI, 853. — **Plicque (A. F.)**. Le traitement électrique des fibromes utérins ; sa technique opératoire. *Gaz. des hôp.* Paris, 1889, 1189. — **F. de Ranse**. De la médication hydro-minérale et de l'intervention chirurgicale dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes graves. *Gaz. méd. de Paris*, 1889, VI, 553. — **Remisoff**. Massage en gynécologie, avec une préface de Sneguireff, Moskva, 1889. — **Sabail**. De l'action des eaux sulfureuses en général et de St-Sauveur en particulier dans les affections utérines et péri-utérines. *Nouv. arch. d'obstétr. et de gyn.*, Paris, 1889, p. 522.

Cet index ne mentionne pas les mémoires analysés dans le corps du journal.

VULVE ET VAGIN. — **Bax**. Corps étranger du vagin, *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1889, VII, 278. — **Braun** (**G**.). Hœmatokolpos in Folge von angeborener Hymenalatresie. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1889, II, 553. — **Corneille-St-Marc**. Vaginisme hystérique guéri par l'acconchement médical. *Poitou médical*, Poitiers, 1889, III, 202. — **Dubar** (**Alphonse G**.). Des tumeurs liquides des grandes lèvres. *Th., Lille*, 1888-89, 3 s., nº 42. — **Eisenlohr** (**W**.). Das interstitielle Vaginal-Darm und Harnblasenemphysem zurück-geführt auf gasentwickelnde Bakterien. *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Iena, 1888, III, 101. — **Lomer**. Zwei Fälle von Vaginismus Geheilt durch den galvanischen Strom. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 869. — **Montillier**. Le chancre mou et son traitement. *Th. Paris*, 1889-90, nº 4. — **Page** (**K. B**.). Hœmatoma of the vulva in the non puerperal state ; with a report of 3 cases. *Times and Reg.*, N.-Y. et Philad., 1889, XX, 577. — **Richmond** (**J. M**.) My third case of atresia vagina, in which an operation for its establishment proves the absence of womb and ovaires. — *Kansas M. J.*, Topeka, 1889-90, I, 196. — **Subbotic** (**V**.). Atrésie congénit. du vagin, *Gióqyászat*, Budapest, 1889, XXIX, 77, et *Pest. med.-clin. Presse*, Budapest, 1889, XXV, 963. — **Taylor**. A hitherto undescribed form of new-growth of the vulva. *Med. Rec.*, N. Y., 1889, II, 501. — **Von Teuffel** (**J**.). Carcinom der Scheide (5 obs.). *Ber. u. d. Betrieb. d. Ludwigs-spit.* Chalottenhilfe in Stuttg (1885-87), 1889. — **Thorn**. Zur Aetiologie der vaginal Cysten. *Centralbl. f. Gyn.* 1889, p. 657. — **Cospedal Tomé** (**A.-M**.). Hematocolpos y hematometra. *Rev. clin. de l'hosp.*, Madrid, 1889, I, 289.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE, ETC. —**Carpenter**(**A.-B**.). Surgical operations for the repair of ruptured perinæums. *Med. Rec.* N. Y., 1889, II, 540.—**Dacosta** (**J.-A**.). Easy perineorraphy. *Medical Standard*, Chicago, 1889, VI, 170. — **Dumoret**. Du prolapsus utérin. *Gaz. des hôp.* Paris, 1889, p. 1245. — **Kellogg** (**J.-H**.). Rep. of 73 cases of Alexander's operation for shortening the womb ligam., and descript. of an improved method of operat. *Tr. Mich. M. Soc.*, Détroit, 1889, XIII, 311. —**Kleinwächter** (**L**.). Die Uebertragung des Princips der Lappenperineorrhaphie auf die operation des Lacerations ektropiums. *Zeitschs. f. Geb. u. Gyn.*, Stuttgart, 1889, Bd XVII, Heft 2, p. 279. — **Popken** (**Gralf**). Der uterus prolaps und seine operations-methoden. *Th. Würzb.*, 1889. — **Rüter** (**H**.). Ueber die Perineorrhaphie nach Tait-Sängen. *Therap. Monatsh.*, Berl., 1889, III, 409. -- **Spaeth**. Ventrofixat. *Deutsch med. Woch* , Leipz., 1889, XV, 760. — **Témoin** (**D**.). Contribut. à l'étude des prolapsus génitaux. *Th. Paris*, 1889-90, nº 5. — **Thiriar**. De l'hystéropexie contre le prolapsus utérin, *Clinique*, Bruxelles, 1889, III, 577.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Clarke** (**A.-P**.). Rap. dilat. of the cervix uter. *Trans. gynec. Soc.*, Bost., 1889, I, 91. — **Doléris et Mangin**. De la métrite cervicale, étude anatomo-pathologique de l'inflammation chronique du col utérin. *Nouv. Arch. d'obstétr. et de Gyn.*, Paris, 1889, p. 454. — **Litauer** (**A**.). Die Laceration des cervix Uteri ; ihre Aetiologie, Pathologie und Therapie. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1889, XXXIV, 353, 365, 377, 391. —**Martin** (**A**.). The treatment of cicatrices in the collum uteri and in the roof of the vagina. *Tr. Gyn. Soc.*, Boston, 1889, I, 133. — **Montaz**. A propos du curage de l'utérus. *Dauphiné méd.*, Grenoble, 1889, XIII, 153. — **Rosthorn** (**A**.). Zur Kenntniss des primaren sarcoms der portio vaginalis und der vagina. *Wien., klin. Woch.*, 1889, II, 729, — **Bland Sutton and Gordon Brodie**. Adeno-

mata (Erosions) of os Uteri in Macaque Monkey. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1889, II, 1277. — **Terrillon.** De l'endométrite; son traitement. *Bull. gén. de thérap.*, Paris, 1889, CXVII, 97. — **Wylie (W.-Gill).** Dilatation of the cervix uteri for chronic endometritis-treatment of uterine adhesions-lacération of the cervix. *Internat. Journ. of Surg.* N.-Y., 1889, II, 236.

TUMEURS UTÉRINES; HYSTÉRECTOMIE. — **Bates (Mary E.).** Uterine fibroid with pelvic cellulitis. *Tr. gyn. Soc.*, Bost., 1889, I, 192. — **Bergé (J.).** Histero-miomotomia abdominal. *An. de obst., ginecopat. y pediat.*, Madrid, 1889, IX, 193. — **Doléris.** L'emploi des pinces dans l'hystérectomie vaginale. *Nouv. arch. d'obstétr. et de gyn.* Paris, 1889, p. 449. — **Dubrueil (A.).** Hématométrie. *Rev. chir.*, Paris, 1889, IX, 677. — **Dumur.** Tumeur fibro-kystique de l'utérus. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 sept., 1889, 62. — **Fawell (R.-W.).** Fibromyoma of uterus. *Lancet*, Lond., 1889, II, 1231. — **Flick (Moses).** A case of cancer of the uterus. *Internat. Jour. of Surg.*, 1889, II, 208. — **Fraipont (F.).** De l'adénome de la muqueuse du corps utérin. *Ann. Soc. méd.-chir. de Liége*, 1889, XXVIII, 281. — **Gross (E. H.).** Hematometra, *Med. and Surg. Rep.*, Philad., 1h89, LXI, 454. — **Gualco.** Sopra un caso di mola idatidea e vesicolare. *Annali di ostetricia e. ginecologia.* Firenze, juin, 1889, p. 251. — **Jacebs (C.).** Myxome utérin, *Clinique*, Bruxelles, 1889, III, 545. — **Liemann (V.).** Ueber ein Fall von Myocarcinome des Uterus. *Arch. f. path. anat.* Berlin, 1889, CXVII, 82. — **Loreta.** Fibromioma multiplo dell'utero, laparotomia, isteroectomia parziale. *Gazz. d. osp.*, Milano, 1889, X, 315 — **Madurowicz.** Un caso di incarcerazione di utero per fibroma sottomucoso. *Progresso med.*, Napoli. 1889, III, 527.. — **Matthew D. Mann.** Carcinoma of the cervix uteri; carcinoma of the liver. *Med. News*, Philad., 1889, LV, 485. — **Mohr (Friedrich E.).** Ueber Totalextirpation des carcinomatosen Uterns gravidus per vaginam. *Th. Halle*, 1889. — **Murphy.** On hysterectomy. *Brit. gyn. J.*, Lond., 1889-90, V, 205. — **Münchmeyer.** Ueber die Endergebnisse und weitere husdehnung der vaginalen total Extirpation der Gebärmutter an der Konigl. Frauenklinik in Dresden. *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1889, Bd XXXVI, heft 3, p. 424. — **Prokofjeff (O. W.).** Innfarctus hémorrh. dans les fibromyômes de l'utérus. *Trudi obsh. Russk wrach*, St-Pétersb., 1889, 137. — **Samschin.** Zur casuistik der gleichzeitigen Vorhandenseins eines fibromyoms des corpus uteri und carcinoms der Portio vaginalis. *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1889, bd XXXVI, heft 3, p. 511 — **Smyly (W.-J.).** On the Diagnosis and treatment of small submucous fibro-myomata of the uterus. *Dublin Journ. of med. Science*, 1er oct. 1889, nº CCXIV, 3e série, p. 342. — **Sztembarth (W.).** Carcinoma corporis uteri, cysta ovarii dextri, salpingitis purulenta sinistra; amputatio supravaginalis uteri cum adnexis; sanatio. *Medycyna*, Waeszawa, 1889, XVII, 531. — **Ely Van de Warker.** Sloughing uterine fibroïds. *Medical Standard*, Chicago, 1889, VI, 179.

AFFECTIONS PÉRIUTÉRINES; HÉMATOCÈLE; MALADIES DES TROMPES, ETC. — **Allen (T.-H.).** Traumatic pelvic cellulitis, *Gaillard's M. J.*, N.Y., 1889, XLIX, 226. — **Baumgärtner.** Die operation der parametritischen abcesse. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1889, XXVI, 751. — **Beates (H.).** A fistulous tract following laparotomy for pyosalpinx, 4 successive laparot., recovery. *Ann. Gynæc.*, Bost. 1888-1889, II, 468. — **Chéron.** Pelvi-péritonite ou pelvi-métrite. *Rev. méd.-chir. des mal. des femmes*, Paris, 1889, p. 645. — **Dutilleul.** Essai sur

l'anatomie, la physiol. et la pathol. de la trompe utérine. *Th. Lille* 1888-1889, 3e s., nº 55. — **Janvrin** (**J.-E.**). A case of myxo sarcoma of Fallopian tube. *Ann. Gyn.*, Bost., 1888-1889, II, 357. — **Keller** (**Elizabeth C.**). Case of hemato-salpinx. *Rep. Proc. alumnæ ass. Women's M. Coll. Penn.*, Phil., 1889, 79. — **Klimovitch**. Observ. de tuberc. primit. des trompes de Fallope. *Ejened. klin. gaz.*, St-Pétersb., 1889, IX, 401. — **Le Bec**. Abcès profond du bassin, ouverture par le vagin et le périnée. *Gaz. des hôp.* Paris, 1889, p. 896.— **Le Page** (**John F.**). The remote causes of pelvic disease. *The Provincial Medical Journal.* Leicester, 1889, VIII, 719. — **Mc Murtry** (**L. S.**). On the pathology and treatment of intra-pelvic inflammation. *Med. Rec.* N. Y., 1889, II, 511. — **Lawson Tait**. A case of intra peritoneal hematocele due to rupture of a tubal pregnancy, treated by abdominal section and removal of the ruptured tube). *Lancet*, Lond., 1889, II, 1054. — **Stevenson** (**E.-J.**). Laparotomy for tubal disease ; reoperation fourteen days after for symptoms of peritonitis and intestin. obstruction. *Brit. Gyn. J.*, Lond., 1889-1890, V, 190. — **Teuffel** (**Von J.**). Hœmatokele periuterina (2 obs.). *Ber. u. d. Betrieb. d. Ludwigs-spit Charlottenhilfe* in Stuttg. (1885-87), 1889, 49.

OVAIRES. — **Ballenghien**. Vaste gâteau polykystique de l'ovaire gauche ; orthopnée ; ascite et œdème des membres inférieurs, ovariotomie, adhérences tendineuses ; poches hydatiformes ; guérison. *Journ. des Sc. méd.*, Lille, 1889, p. 546. — **Brown** (**W. S.**). The role of ovary. *Tr. Gynæc. Soc.*, Boston, 1889, I, 209. — **Darcy** (**J.-H**). Laparot. in a case of dermoïd cyst (girl., II, years of age). *Med. News*, Phil., 1889, LV, 371. — **Desiderius v. Velitz**. Beitrage zur Histologie und Genese der Flimmer-Papillärkystomen des Eierstocks. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Stuttgart, 1889. Bd XVII, Heft 2, p. 232. — **Didier**. Kyste de l'ovaire avec élongation considérable de la corne utérine correspondante. *Journ. des sc. méd.*, Lille, 1889, 271. — **Alban Doran**. A serie of twenty five completed ovariotomies. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1889, II, 1327. — **E. S. M'Kee**. Ovarian prolapse. *American Lancet*, 8 sept. 1889, p. 331. — **Krzywicki** (**C.**). Neunundzwanzig Fälle von urogenitaltuberculose, darnunter ein Fall von Tuberculose beider Ovarien. *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.* Iena, 1888, III, 295. — **Lewers**. Some Points in the diagnosis of certain ovarian tumours from fibroïd Tumours of Uterus. *Brit. med. Journ.* Lond., 1889, II, 1279. — **Murray** (**R. H.**). Case of hœmatoma of right ovary ; abcess of left ovary with pyosalpinx ; unusual displacement and attachment of ureters ; laparotomy ; recovery. *Ann. Gynæc.*, Bost., 1888-1889, II, 326. — **Nasi** (**L.**). Ematocelle della tromba falcppiana sinistra ; laparotomia. guarigione. *Rassegna di sc. med.*, Modena, 1889, IV, 433. — **Noriega** (**T.**). Quieste compuesto del ovario en mujer gravida ; ovariotomia ; curacion. *Gac. med.*, Mexico, 1889, XXIV, 301. — **Pantzer**. (**H. O.**). Rupture of ovarian Cyst. *Medical Standard.* Chicago, 1889, VI, 108. — **Parkes** (**Charles T.**). Ovariotomy and other cases. *Med. News.* Philad., 1889, LV, 589.

ORGANES URINAIRES. — **Brown** (**W.-S.**). Chronic cystitis in women. *Tr. gyn. Soc.* Boston, 1889, I, 105. — **Hamaide** et **Séjournet**. Sur un cas de pierre dans la vessie chez une petite fille de 10 ans. *Bull. gén. de thér.*, Paris, 1889, CXVII, 59. — **Heustis** (**J.-F.**). A new position for facilitating the operation for vesico-vaginal fistula and other operations on the uterus and vagina. *Med. News.* Philad., 1889, LV, 322. — **Herzfeld** (**C.-A.**). Ein Fall von Vesicovestibular

fistel. *Sitzungsb. d. geburtsh. gynäk. gesellsch. in Wien*, 1889, II, 75. — **Jakobson**. Fist. vésico-vagin. compliquée, *Meditsina*, St-Pétersb., 1889, n° 25. — **Theophilus Parvin**. The use of Creolin in Cystitis of the Female. *Med. News*, Phil., 1889, LV, 598. — **Rey** et **Merz**. Curette en verre pour servir au diagnostic de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme. *Bull. méd. de l'Algérie*, Alger, 1889, 57.

CHIRURGIE ABDOMINALE (voir Tumeurs utérines, Affections périutérines, Ovaires). — **Baldy (J.-M.)**. Treatment of peritonitis. *Medical Standard*, Chicago, 1889, VI, 112. — **Baldy (J.-M.)**. Complication following abdominal section. *Ann. Gynæc.* Boston, 1888-89, II, 329. — **Herbert Darey (J.)**. Laparotomy in a case of dermoid cyst. *Med. News*. Phil., 89, LV, 371. — **Fraenkel und Kaufmann**. Zur Diagnostik der Unterleibsgeschwülste. *Arch. f. Gyn.* Berlin, 1889, Bd XXXVI, Heft 3, p. 399. — **Gelstrom**. Worfall einer Dermoidcyste per Rectum während der Geburt. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 761. — **Lebedeff**. Kurzer Bericht über hundert Laparotomien. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 809. — **Lebedeff.** Court exposé de 100 laparotomies. *Ejened. klin. Gaz.*, St-Pétersbourg, 1889, IX, 373. — **Rubeska.** Ein durch Extirpation geheilter Fall von Mesenterialcyste. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 841. — **Vanderveer (A.)**. Concealed pregnancy; its relations to abdominal surgery. *J. Amer. Med. Assoc.*, Chicago, 1889, XIII, 543. — **Veit (J.)**. Ueber die Technik der Laparotomie. *Berl. klin.*, 1869, Heft 15.

VARIÉTÉS (microbiologie, troubles nerveux). — **Batuaud (J.)**. L'ablation des annexes est-elle utile au point de vue de la guérison de l'hystéro-épilepsie? *Revue méd.-chir. des maladies des femmes*, Paris, 1889, p. 641. — **King (E.-H.)**. Mania following gynecological operations. *Med. News*, Phil., 1889, LV, 545. — **Nelson (S.-N.)**. Microrganisms and their relation to disease. *Trans. gyn. Soc.*, Boston, 1889, I, 224. — **Thomen**. Bakteriologische untersuchungen normaler Lochien und der vagina und cervix Schwangerer. *Arch. f. Gyn.* Berlin, 1889, Bd XXXVI, heft 2, p. 231. — **Zukowski (A.)**. Hystérie des plus violentes, ovariotomie double, guérison. *Wyadomosei lek.*, Lwow, 1889, III, 335.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Bataillard**. De la durée et du pronostic du travail, des modes de terminaison et d'intervention dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. *Th. Paris*, 1889. — **Herman (Ernest) and Goullet (Charles)**. On the extension of the Fœtus during the second stage of labour. *The Lancet*, London, 12 octobre 1889, vol. II, page 737. — **Evans**. Case of spontaneous version. *Med. and Surg. Reporter*, Philad., 1889, l. XI, 90. — **Gaulard**. Considérations sur les présentations du siège. *Arch. de tocol.*, octobre 1889, p. 775. — **Garibaldi**. Considerazioni intorno al moto di rotazioni interna. *Annal. di ostetritia e ginecologia*, Firenze, 1889, p. 248.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Barnetche**. Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'importance de l'hymen. *Th. Paris*, 1889. — **Boyd (F. D.)**. Case of Congenital Absence of the Rectum, Colotomy; Autopsy. *Edinburgh Med. Journ.*, 1889, p. 529. — **Hart**. The minute anatomy of the placenta in extrauterine gestation. *Edinb. M. J.*, 1889-90, XXXV, 344. — **Kaschakaroff**. Ueber paradoxe Schlüsse, zu denen man durch Betrachtung der Kontractionen der

Gebarmutter und der Vagina eines Kaninchens bei unmittelbaren Reizung dieser Theile durch den elektrischen Strom kommen Kann. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 46. — **Segay.** Rapports de la régression normale des tissus et des organes, après l'accouchement, avec l'allaitement maternel. *Journal de méd. de Bordeaux*, 27 octobre 1889, 112.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Abbtt** (G.). An obstetrical lye bandage. *Med. Rec. N. Y.*, 21 sept. 1889, p. 317.

BACTÉRIOLOGIE ET RECHERCHES EXPÉRIMENTALES. — **Artemjeff.** Recherches microscopiques sur les lochies. *Vrach.*, *Saint-Pétersbourg*, 1889, X, 769; 791. — **Fraenkel et Kiderlen.** Zur Lehre vom Uebergang pathogener Mikroorganismen von der Mutter auf den Fötus. *Fortschr. d. Med.* Berlin, 1889, VII, 641. — **Holmes** (B.). On the relations of bacteria to puerperal eclampsia. *Obst. Gaz.*, Cincin., 1889, XII, 341.

DYSTOCIE. — **Consentino.** Bacino piatto non rachitice. *Sicilia Med.*, Palermo, 1889, I, 115; 195. — **Fauvel.** Intervention dans le cas de dystocie par hydrocéphalie. *Th. Paris*, 1889. — **Hamill.** Dystocia occasioned by the umbilical cord encercling the arm twice and neck four times. *Univ. M. Mag.*, Philad., 1889-90, II, 29. — **Lopez Rubio.** Parto distocico for presentacion de hombro; version podalica; perforation del utero; metro-peritonitis septica, curacion. *Progreso ginec.*, Valencia, 1888-89, III, 454, 458. — **Neugebauer.** Spondylolisthésie et spondylizème. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 536. — **Otto v. Herff.** Ein neuer Fall eines spondylolisthetischen sowie eines sacralkyphotischen Beckens. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XVII, Hft 2, p. 283. — **Sabatier.** Bassin à double synostose sacro-iliaque sans rétrécissement transversal. *Lyon médic.*, 1889, 547. — **Varnier.** De la conduite à tenir dans la présentation de l'épaule. *Rev. prat. d'obst. et d'hygiène de l'enfance*, octobre 1889, p. 321; 289; 362. —**Vincent.** Dystocie par hydrocéphalie. *Lyon médical*, 29 septembre 1889, 160.

GROSSESSE. — **Fallen.** Influence heureuse de la grossesse chez quelques malades. *Th. Paris*, 1889.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Baldy.** The early diagnosis of extra-uterine pregnancy. *Med. Red.*, N.-Y., 1889, XXXVI, 309. — **Bellamy.** Extra-uterine gestation; abdominal section; peritonitis; death; necropsy. *Lancet*, Lond., 1889, II, 314. — **Duncan.** Clinical lecture on extra-uterine gestation. *Lancet*, Lond., 1889, II, 53-55. — **Ferguson** (E. D.). A case of tubal Pregrancy. *N. Y. Med. Journ.*, 1889, II, 572. **Edebohls** (G. M.). A case of tubal pregnancy sucessfully treated by electrical fœticide. *Med. Record.*, *N. Y.*, 1889, II, 628.—**George Haven** Tubal pregnancy; operation recovery. *Boston medical and Surgical Journal*, 15 août 1889, 160. — **Lawson Tait.** Ectopic gestation. *Medical News*, Philad., 9 nov. 1889, LV, 505. — **Lawson Tait.** Ectopic gestation. *The Provincial Medical Journal*. Leicester, 1er nov. 1889, VIII, 645. — **Lawson Tait.** Ectopic gestation. Northumberland and Durham medical Society. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1889, II, 927. — **Lusk.** Grossesse tubaire (trad.) *Nouv. Arch. d'Obstétr. et de Gyn.*, Paris, 1889, 4e année, n° 11, 503. — **Mac-Donell.** Tubal pregnancy with rupture. *Montreal M. J.*, 1889-90, XVIII, 266. — **Muratoff** (A. A.). *J. akush. I. jensk, boliez.*, St-Pétersbourg, 1889, III, 393. — **Scheurlen,** Klinishes über die Ruptur der graviden Tube. *Charité Ann.*, Berlin, 1889, XIV, 178-187. — **Walker.** Tubal pregnancy treated by faradic current. *Med. Record.*, N. Y., 1889, II, 539.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Chaleix**. Accouchement trigémellaire. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 6 oct. 1889, 80. — **Straughn (J. H.)**. Twins with one placenta. *Med. Record.*, N. Y., 1889, II, 461.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Lomer**. Herpes Zooster bei einem 4 Tage alten Kinde. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 45. — **Jourda**. Des abcès du sein chez le nouveau-né. *Th. Paris*, 1889. — **Puech**. Traitement préventif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés par les méthodes de Crédé (solution de nitrate d'argent au 1/50) et de Korn (sublimé). *Montpellier Médical*, 16 sept. 1889, p. 272. — **Puech**. Ecchymoses sous-conjonctivales chez les nouveau-nés. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 6 oct. 1889, p. 80. — **Pinzani**. Considerazioni sopra un caso clinico di strana fragilita fetale. *Bull. d. sc. med. di Bologna*, 1889, XXIV, 5. — **Truzzi**. Dell'oligoidramnios nei suoi rapporti collo sviluppo del feto. *Gaz. med. lomb.*, Milano, 1889, XLVIII, 325 ; 335 ; 345. — Fœtal malaria transmitted by the father. *Boston Medical and Surgical Journal*, 29 août 1889, p. 214.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Barnes (F.)**. On perinæorrhaphy by the method of Lawson Tait. *Brit. Gynæc. J.*, Lond., 1889-90, V, 216-226. — **Barnes**. The accoucheur and his forceps. *Cincin. Lancet clinic.*, 1889, XXIII, 299. — **Bouchacourt**. Pubiotomie ; symphyséotomie ; synchondrotomie ; opération de la symphyse. *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1889, XXVII, 796-827. — **Chartier (A.)**. Curage utérin dans la septicémie puerpérale, *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*. 1889, p. 481. — **Townsend (Charles W.)**. A case of delivery of the breech by the forceps. *The Boston Medical and Surgical Journal* Boston, 31 oct. 1889, t. CXXI, p. 432. — **Cushier (Elisabeth M.)**. Curetting the uterus for retained Placenta. *Internat. Journ. of Surgery*, sept. 1889, p. 214. — **Black (John J.)**. A porro Cæsarean section, rendered necessary by a deformed pelvis, and a uterus enormously enlarged by Fibroid Growths ; together with a cyst of the right broad ligament *Medical News*. Philadelphia, 2 nov. 1889, t. LV, p. 480. — **Lebedeff**. Cœsarean section or craniotomy on living fœtus. *Trudi obsb. Russk. Vratch.* St-Petersb., 1889, 54. — **Lewers**. The induction of premature labour by mean's of Hegar's dilators of specially large size, with notes of three cases. *Lancet*, Lond., 1889, II, 213. — **Bertaccini**. Febbre da gravidanza ; provocazione del parto ; guarigione immediata. *Raccoglitore med.*, Forli, 1889, VII, 317-327. — **Piskacek**. Die Indicationsstellung der Kaiserschnittses nebst casuistischen Beitragen zur Porro'schen und Sanger'schen Kaiserschnittmethode. *Wien. Klin. Wchschr.*, 1889, II, 614, 655, 635, 670. — **Stratz**. Ectopotomie. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 48. — **Sutugin**. Die Bedeutung des Porro'schen Kaiserschuittes und Wünschenswerthe Verbesserungen desselben. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 50. — **Taudy**. An important method of Cæsarean section. *St-Louis M. et S. J.*, 1889, LVII, 108. — **Thomson**. Ein Beitrag zur Technik der Embryotomieen. *Deutsch. med. Wchschr.* Leipz., 1889, XV, 604. — **Clayton Dukes (W.)**. Cephalic version eighteen hours after rupture of the membranes. *Med. Record*, N.-Y., 1889, II, 543. — **Winckel**. Sectio Cæsarea. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 48. — **Wolczynski**. Ueber zwei Fälle von conservatinen Kaiserschnitt mit Uterusnaht (Sanger's Methode). *Wien. klin. Wchschr.*, 1889, II, 538, 540. — **Zimmermann**. Ueber die Anlegung der Zange bei engem Becken und hochstehendem Kopf. Halle, 1889.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET

DES SUITES DE COUCHES. — **Balleg.** Acute epigastric pain in pregnancy associated with albuminuria. *Lancet*, Lond., 1889, II, 541. — **Benedetti.** Di una mola vesicolare. *Gazz. d'osp.*, Milano, 1889, XIII, 386. — **Bergstraud.** A case of inversio uteri totalis post-partum ; acute anemia ; intravenous transfusion of common salt solution; recovery. *Buffalo M. et S. J.*, 1889-90, XXIX, 161. — **Blanc (E.).** Contribution à l'étude de la pathogénie de l'albuminurie et de l'éclampsie chez la femme gravide. *Arch. de Tocol.*, nov. 1889, p. 870. — **Bond.** Suppression of urine for nine days after parturition death. *Lancet*, Lond., 1889, II, 431. — **Boufantini.** La temperatura della madre in rapporto colla vita del feto. *Giorn. p. le levatrici.* Milano, 1889, III, 60-63. — **Williams (Charles E.).** Placenta prævia centralis. *Med. Rec.*, N.-Y. t. XXXXI, p. 318. — **Clemenz.** Anatomische und kritische untersuchungen über die sog. Weissen infarcte der Placenta und über den sog. Weissen Deciduaring. Dorpat, 1889. — **Coulacoff.** Des déchirures et perforations des petites lèvres dans les accouchements. *Th. Paris*, 1889.— **Dührssen.** Uber einen Fall von sackformiger Errweiterung des hinteren unteren Gebärmutterabschnittes (Retroflexio uteri gravidi partialis), bedingt durch ein Myom, nebst Bemerkungen über di Aetiologie der Retroflexio uteri gravidi partialis uberhaupt. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 51. — **Ellisen.** Two year's detention of a dead fœtus in utero, delivery per vias naturale prevented by an elongalet ; tortuous, small, tough, indurated, cervical canal *Nashvitle J. M. et S.*, 1889, XLIV, 265. — **Gelstrom.** Vorfall einer Dermoidcyste per Rectum wärhend der Geburt. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 44. — Ritensione degli annessi. Lacerazione del fornice vaginale posteriore e penetrazione del cavo abdominale. Endometrite putride. Guarigione. *Gli Annali di ostetricia e ginecologia* Firenze, 1889, p. 398. — **Roncaglia (G).** Della placenta marginata. *Annali di ostetricia e ginecologia*, Firenze, 1889, 355. — **Guéniot.** Étiologie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. *Arch. de Tocol.*, oct. 1889, p. 745. — **Heitzmann.** Ueber Hyperinvolution uteri und deren Behandlung. *Central. f. d. ges. Therap.*, Wien, 1889, VII, 449; 513. — **Heyder.** Schwangerschaft bei angeborenem last vollständigem Scheidenverschlusse. — *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1889, Bd XXXVI, hft 3, p. 502. — **Holmes (B.).** Diagnosis and Prognosis of puerperal Eclampsia. *Medical News*, 14 septembre 1889, p. 298. — **Kehrer.** Ueber Enstchung, Erscheinungen und Verhütung des Wochen fichers. Heidelberg, 1889. -- **Koller.** Ueber Scharlach bei Wöchnerinnen. Basel, 1889. — **Lomer.** Masern in der Schwangerschaft. Geburt eines mit Masernexanthem behafteten kindes. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 48. — **Moussaud.** Des varices de la vulve et des hémorrhagies consécutives à leur rupture. *Th. Paris*, 1869. — **Dr Murray (R. A.).** Abortion. *Medical Standard*, Chicago, déc. 1889, vol. VI, p. 175. — **Nebel.** Zur Behandlung der Schwangerschaft bei Kyphoskoliose. *Cent. f. Gyn.*, 1887, nº 51. — **Pargamin.** Vesicular mole, removal from cavity of uterus by method of Kristeller. *Russk. med. St Petersb.*, 1889, VII, 331, 342. — **Rémy.** Quelques considérations sur la rétention placentaire. *Arch. de Toc.*, oct. 1889, p. 769. — **Saladin.** Etude sur les polypes intra-utérins considérés avant, pendant, et après la grossesse, *Th. Nancy*, 1889. — **Stein.** Ein Fall von Blasemnole. *Med. Monatschr.*, N. Y., 1889, I, 354-355. — **Watkins (T. J.).** Hyperpyrexia during labour. *Medical Standard*, Chicago, sept. 1889, vol. VI, p. 81. — **Valentin.** De la délivrance dans les cas de fœtus mort et macéré. *Th. Paris*, 1889. — **Vanheuverswyn.** Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Présentation de l'épaule. Version. Déflexion de la

tête au détroit supérieur. Tentatives d'extraction par la méthode de Champetier de Ribes et la manœuvre de Scanzoni de Prague. Décollation. Application du céphalotribe sur la tête. *Journal des Sciences médic. de Lille*, 29 sept. 1889, p. 275. — **Van der Berg**. Un cas de métastase oculaire dans l'infection puerpérale, énucléation, guérison. *Clinique*, Brux., 1889, III, 513. — **Van Sbyck**. Puerperal eclampsia in its relation to disorders of the kidneys. *South. Calif. Pract.*, Los Angeles, 1889, IV, 334. — **Wiglesworth**. Extraneous causes of puerperal septicœmia. *Liverpool M. chirg. J.*, 1889, IX, 405-420. — **Fraser Wright (W.)**. Case of Heart Disease complicating Labour treated successfully by Nitrite of Amyl. *Edinb. med. J.*, déc. 1889, p. 540.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Bockelmann**. Die antiseptis während der Geburt. *Wien. med. Bl.*, 1889, XII, 471. — **Bockelmann**. Zur Antiseptis der Geburtshülfe. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1889, XXVI, 585-587. — **Delcourt**. Traitement de la métrite puerpérale, par le raclage au moyen de la curette. *Clinique*, Brux., 1889, III, 561. — **Garrigues (Henry J.)**. Corrosive sublimate and creolin in obstetric practice, *Amer. J. of med. sc.*, Philad., 1889, T. XCVIII, p. 109. — **Misrachi**. Injections hypodermiques de caféine dans le traitement de la métrorrhagie post-partum. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 489, 528. — **Von Kalinczuk**. Ein Fall von Heilung eines schweren Puerperalprozesses mittelst der continiurlichen antiseptichen Uterusirrigation. *Prag. med. Wochenschr.*, 1889, XIV, 317-319.

VARIÉTÉS. — **Fielde (A. M.)**. Facts and superstitions concerning pregnancy and parturition at Swatow, China, *Medical News*, 24 août 1889, p. 204. — **Chazan**. Zum Hebammeuwesen, *Cent. f. gyn.*, 1889, nº 40. — **Eustache**. Clinique d'accouchements de la Faculté libre de Médecine de Lille, *Journal des sciences médicales de Lille*, 25 oct. 1889, p. 393. — **Guinier**. Compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier, *Montpellier médical*, 1889, p. 308. — **Icard**. De l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle, *Th. Paris*. 1889. — **Walcher**. Die conjugata eines engen Beckens ist keine constante Grösse, sondern lasst sich durch die körperhaltung der Trägerin verandern, *Cent. f. gyn.*, 1889, nº 51. — **Weisl**. Zur Hebammenfrage, *Cent. f. gyn.*, 1889, nº 40. — **Wetherly (J.)**. Maternal impressions, *Med. Rec.*, N.-Y., T. XXXVI, p. 316.

TÉRATOLOGIE. — **Chapotot**. Malformation du cœur, *Lyon Médical*. 17 nov. 1889, 424. — **Marsh (F.)**. A case of double polydactylism, double harelip, complete Cleft palate, and double talipes varus. *The Lancet*, Lond., 12 oct. 1889, II, 739. — **Boyd (Francis D.)**. Case of congenital absence of the Rectum, etc., *Edinb. Med. J.*, déc. 1889, 532. — **Jaggard (W. W.)**. Fœtal Aplasia. *Medical Standard*, Chicago, déc. 1889, VI, 180. — **Marion (E.)**. A case of hydrencéphalocele *The Boston. med. and Surg. Journ.*, 15 août 1889, 159. — **Robertson**. Abnormal enlargement of fœtal abdomen, with absent rectum and anus and enlarged distented bladder. *Glasgow M. J.*, 1889, XXXII, 113-116.

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE SUR LA GROSSESSE OVARIENNE

Par **A. Mouratoff**, Privat-docent à la Faculté de médecine de Moscou.

Parmi les grossesses extra-utérines, celle de l'ovaire a de tous temps excité l'intérêt des accoucheurs et aujourd'hui encore, comme autrefois, elle donne lieu aux opinions les plus opposées : d'un côté, négation catégorique de la possibilité des grossesses de ce genre, de l'autre, affirmation non moins catégorique, basée sur l'anatomie pathologique, de plusieurs formes possibles de la grossesse ovarienne. Cependant les descriptions des anciens auteurs ne peuvent nous satisfaire, car leurs observations sont privées de l'élément d'investigation le plus important, l'examen microscopique. C'est probablement ainsi qu'un grand nombre de cas de grossesses ovariennes ont été perdus pour la science.

A partir de Puech, l'existence de la grossesse ovarienne a été reconnue de fait dans les traités d'accouchement et il ne restait plus qu'à décider la question du critérium pour la détermination d'une grossesse de ce genre. Ici encore nous rencontrons contradictions sur contradictions. Les uns, Cohnstein, Spiegelberg, n'en admettent l'existence que si elle est accompagnée de symptômes bien précis ; les autres, Talbot, Jones, sont moins exigeants, ils prétendent que dans les cas plus ou moins invétérés, il est difficile de produire toutes les preuves exigées par les premiers.

Selon Hueppe, on peut admettre pour la grossesse ovarienne les possibilités suivantes: 1) ou la déchirure du follicule se referme et le fœtus se développe dans l'intérieur de l'ovaire, à la manière d'un kyste; 2) ou la déchirure du follicule ne se ferme pas, l'ovule en se développant s'en échappe et il reste hors de l'ovaire.

Outre ces deux genres de grossesse ovarienne, Hueppe en admet encore un 3e: la grossesse ovarienne *externe*, qui est difficile à diagnostiquer à cause de ses adhérences; dans ce cas, la formation du placenta est analogue à celle des grossesses abdominales que l'on confondait souvent autrefois avec la grossesse ovarienne externe.

Patienko a observé un cas de grossesse extra-utérine qui s'était développée aux dépens de l'ovaire droit; il en admet la forme ovarienne en se fondant sur les raisons suivantes: 1) diminution des dimensions de l'ovaire droit (longueur de l'ovaire droit, 16 millim., de l'ovaire gauche, 35 millim.; largeur de l'ovaire droit, 19 millim., de l'ovaire gauche, 18 millim; 2) dégénération d'une partie de l'ovaire en une cavité cystoïde; 3) l'examen microscopique a montré que la paroi de cette cavité avait la même texture que l'ovaire; en outre, dans la cavité même, on a trouvé des restes de fœtus et comme un vestige de placenta.

C. Schrœder n'admet comme grossesse ovarienne que les cas où l'ovule, fécondé dans la vésicule de Graaf, s'y arrête et continue à s'y développer sous la tunique albuginée.

Heineken ne regarde comme grossesse ovarienne que celle où le placenta se trouve dans l'intérieur même de l'ovaire et le sac fœtal dans la cavité péritonéale.

Zmigrodsky, après une analyse minutieuse des auteurs ci-dessus, sur les formes diverses de la grossesse ovarienne), dit: On peut, il me semble, admettre la grossesse comme ovarienne, lorsque l'ovaire est le terrain unique et primitif du développement de l'ovule, ou lorsque, avec le développement ultérieur de la grossesse, il se forme une liaison organique intime du placenta avec le tissu de l'ovaire. En général

le point d'attache du placenta joue un rôle capital dans la classification des grossesses extra-utérines. Il faut distinguer la simple adhérence du sac fœtal avec l'ovaire de ce que nous avons nommé la liaison organique du placenta avec le tissu de l'ovaire.

Werth, dans sa belle monographie sur la grossesse extra-utérine, en analysant les symptômes qui caractérisent la grossesse ovarienne, s'exprime ainsi :

Des divers critériums servant à caractériser la grossesse extra-utérine, tels qu'ils ont été formulés par Spielberg entre autres, il n'en reste en fin de compte décidément qu'un seul positif, mais sa valeur pour le diagnostic anatomique est de la plus grande importance, c'est lorsque le sac fœtal sort manifestement des annexes et que l'état de la trompe de Fallope exclut toute possibilité de sa participation à la formation du sac fœtal.

Enfin je citerai l'opinion de Lawson Tait et de ses partisans d'après laquelle toute grossesse extra-utérine est tubaire.

Quant à la fréquence de la grossesse ovarienne C. Schrœder pense qu'un grand nombre de cas en a été décrit sous le nom de grossesse péritonéale.

Landau exprime même l'opinion que tous les cas de grossesse abdominale, qui ont été publiés, doivent être comptés pour des grossesses ovariennes.

Ces données bibliographiques quoique peu nombreuses suffisent pour montrer la divergence des opinions qui règne encore aujourd'hui sur la grossesse extra-utérine en général, et sur la grossesse ovarienne en particulier.

C'est pourquoi chaque fait nouveau, s'il est observé avec soin, mérite, à mon avis, d'attirer l'attention des gynécologues.

L'année passée j'ai eu l'occasion d'observer un cas de grossesse extra-utérine qui, par les circonstances qui l'ont accompagné, mérite une description détaillée :

Le 24 octobre 1888, A., âgée de 27 ans, s'est présentée à

mon dispensaire. La malade, originaire de la Russie méridionale, a été menstruée à 15 ans; jusqu à 20 ans, époque de son mariage, les règles se montraient tous les 25 jours et elles duraient 5 jours très abondantes, sans douleurs; après son mariage leur caractère a un peu changé, elles se renouvelaient tous les 25 jours, duraient 3 ou 4 jours, peu abondantes et sans douleurs. A 21 ans, accouchement normal et allaitement maternel; santé bonne jusqu'au mois de juin 1887. D'après son mari, encore bien portante, elle avait une mauvaise mémoire, était irritable, capricieuse et craignait de rester seule dans une chambre.

Le 16 ou le 17 octobre les règles réapparurent, mais elles s'arrêtèrent bientôt et furent suivies de quelques jours de malaise, la malade supposa qu'elle avait pris froid; mais la sage-femme appelée lui déclara qu'elle était enceinte. Vers la mi-janvier 1888, nouveaux malaises : fièvre, vomissements et apparition de sang aux parties sexuelles. La malade croit à un retour des règles, mais la même sage-femme constate une grossesse de 4 mois. A partir de février 1888, A. se sentit bien et le 18 juin, elle arriva à Moscou.

Sur les premiers mouvements de l'enfant, la malade donne des renseignements confus et contradictoires, évidemment par manque de mémoire, conséquence de son état d'épuisement.

Tantôt elle croit les avoir sentis au commencement du printemps, tantôt vers le mois de juillet 1888; mais elle assure constamment avoir senti au mois de juillet des mouvements très forts et très énergiques et que ces mouvements étaient restés tels jusqu'à sa maladie, qui s'est déclarée le 17 septembre de l'année passée et qu'elle continue à attribuer à un refroidissement. Cette maladie s'est manifestée par des symptômes qui persistent encore : fièvre avec frissons fréquents et parfois sueurs, nausées, vomissements; faiblesse générale, perte d'appétit et irritabilité. Les médecins de l'endroit regardant l'élévation de la température comme une indication pour l'accouchement artificiel lui ont, à partir du 27 septembre au 10 octobre, prescrit des douches vaginales chaudes plusieurs fois par jour; les couches ne se produisant pas, du 10 au 13 octobre, il fut introduit dans le canal cervical des éponges pressées; du 13 au 19, la laminaria et enfin du 19 au 22 (un cathéter) une sonde élastique. Toutes ces manipulations restant sans effet sur les douleurs de l'enfantement, on décida d'amener la malade à Moscou.

État actuel. — Taille moyenne, constitution bonne, tissu adipeux suffisamment développé, anémie prononcée, faiblesse, fièvre, irritabilité, pleurs; seins bien développés, coloration foncée de l'aréole, hypertrophie des glandes de

Montgomery ; en pressant le mamelon on en fait sortir facilement une dose considérable de lait très épais. Ligne blanche pigmentée, dimension du ventre au niveau de l'ombilic : 103 centim. L'auscultation abdominale ne fait percevoir aucun bruit du cœur fœtal, et à la palpation on ne sent pas de parties menues, ni la tête du fœtus. Parois abdominales tendues, douloureuses dans la partie droite inférieure.

Au toucher, le côté droit de la voûte du vagin est très douloureux ; le col de la matrice est petit, non pâteux et fermé ; sur son côté gauche latéral, il y a une rupture, suite des couches précédentes ; la matrice est peu augmentée, la sonde pénètre dans sa cavité sur une longueur de 9 centim., in toto, elle est penchée du côté gauche, où on peut la palper par le vagin et par le rectum. Urine fortement albumineuse ; rate gonflée. Les autres organes ne présentent rien de particulier, sauf la faiblesse du cœur. La malade se plaint de chaleur, de frissons, de transpiration ; faiblesse générale, perte de l'appétit, nausées, vomissements, douleurs très violentes dans l'hypogastre, dysurie, constipation alternant avec diarrhée ; excitabilité persistante.

D'après ces données j'ai diagnostiqué une grossesse extra-utérine avec périparamétrite et probablement avec suppuration dans le sac fœtal ; l'unique remède, l'indication vitale, à mon avis, était la laparotomie. Les professeurs A. M. Makiéeff et W. F. Snéguireff appelés en consultation ont confirmé mon diagnostic et la laparotomie a été jugée le seul remède. La malade était si faible qu'il ne pouvait être question de bain avant l'opération ; on s'est borné à la laver au lit avec du savon à l'acide phénique et à lui appliquer sur le ventre, la veille de l'opération, une compresse imbibée d'une solution d'acide phénique à 2 0/0.

Le 2 novembre 1888, à 1 heure après midi, la température du corps étant très élevée, j'ai fait la laparotomie avec la coopération des professeurs M. F. Snéguireff et A. M. Makiéeff, des docteurs Goubaroff, Andréeff, Solovieff, Jakonbowky, Kliatscko et Solodovnikoff.

L'incision a été faite sur la ligne blanche à partir du nombril vers le bas jusqu'à 2 1/2 centim. de la symphyse du pubis. Arrivé au péritoine, qui était très épais et ne pouvait être saisi par les pinces dentelées, j'ai taillé prudemment avec le scalpel le feuillet péritonéal ; il en sortit aussitôt des gaz fétides, ensuite j'ai agrandi l'ouverture avec le doigt.

En explorant avec la main la cavité disséquée, j'ai pu me persuader que j'avais pénétré dans le sac fœtal ; en effet mon doigt venait s'appuyer directement sur les jambes du fœtus (genou droit). Ce dernier était couché l'abdomen en avant,

les fesses en bas du côté droit et la tête en haut du côté gauche. Tout en arrosant les parties d'une manière continue, j'ai retiré le fœtus par les pieds, et malgré la grande masse d'eau versée dans la cavité, l'odeur du liquide sanguino-purulent qui s'en écoulait était insupportable. Après l'extraction du fœtus, la cavité fut purifiée avec soin ; pendant l'extraction, le cordon ombilical lâche se rompait au moindre contact ; la partie des membranes restée entière fut ou lavée par un filet d'eau ou éloignée avec la main. Le placenta était attaché à la partie postérieure du sac fœtal ; l'insertion en étant très solide, je ne l'ai pas détachée, mais laissée en place en ayant soin d'en frictionner avec une émulsion iodoformée toute la surface ainsi que les parois internes du sac fœtal dans lequel j'introduisis deux drains : l'un de gros calibre, péritonéo-vaginal, fut disposé de manière à ce que l'une de ses extrémités passât avant de sortir par la paroi postérieure de la voûte du vagin, l'autre extrémité, supérieure, fut cousue au milieu de la plaie de manière à dépasser la paroi abdominale de 1/4 d'archine (1).

Ce drain dans la partie qui passait par le sac fœtal fut perforé en 3 endroits. Le second drain de plus petit calibre et percé de nombreuses ouvertures, fut placé de manière à ce que son milieu se trouvât dans le sac fœtal et ses deux extrémités furent suturées aux coins (supérieur et inférieur) de la plaie. La plaie de la paroi abdominale fut fermée au moyen de 3 sutures solides avec de la soie, et avec des *petits rouleaux*; en outre il fut encore fait avec de la soie des sutures en *nœuds, profondes et superficielles;* sur le tout il fut mis un bandage de Marly et d'ouate iodoformée. La malade fut remise dans son lit et l'extrémité abdominale du premier drain fut réunie au tube d'une grande cruche d'Esmarch, son extrémité vaginale au tube déversant de manière à produire un arrosage complet, continu avec une faible solution d'acide phénique à 30° R. Sur le bandage on posa une vessie de glace. Le fœtus extrait, du sexe masculin et parvenu à maturité, était complètement macéré et décomposé. Il pesait 3,250 gr., et avait les dimensions suivantes :

De la tête aux talons	50	centim.
Largeur des épaules	12	»
Largeur des fesses entre les condyles	9	»
Grande circonférence de la tête	34	»
Diamètre antérieur de la tête	8	»
Diamètre postérieur de la tête	9	»
Diamètre long oblique	13	»

(1) Une archine a 70 cent.

La période qui suivit l'opération s'écoula comme il suit : les 2 premiers jours, 2 et 3 novembre, la malade est faible, a des nausées, des douleurs abdominales insignifiantes ; urines vert foncé, température le 2e jour, 38°. Par le drain péritonéo-vaginal, il s'écoule une masse considérable de liquide trouble et floconneux. A partir du 4 novembre, plus de nausées, l'état est satisfaisant jusqu'au 7 novembre. L'appétit est bon, la température varie entre 37° ; 37°,7 ; persistance de l'écoulement par le drain d'un liquide trouble et floconneux. Le 6 novembre au soir l'écoulement par le drain péritonéo-vaginal s'arrête, mais il réapparaît dès que le drain a été nettoyé par un fil d'archal. Le 7 novembre état satisfaisant, la malade manifeste le désir de manger, température, le matin, 37°,7; le soir 38°,2. Le bandage est devenu humide et il s'en dégage une odeur d'urine. En l'ôtant on s'aperçoit que par l'extrémité inférieure du drain de petit calibre, il s'écoule une grande quantité d'urine et que du drain péritonéo-vaginal, il sort un liquide limpide, parfois trouble. L'écoulement de l'urine par le drain persista toute la journée et le bandage dut être changé 3 fois.

Le 8 novembre, écoulement d'une petite quantité d'urine par le drain et en même temps émission suffisante par l'urèthre ; pour le reste, état satisfaisant, température 37°,6.

Le 9 novembre, l'écoulement de l'urine par le drain, s'est arrêté, mais dans la nuit, il y eut deux petites selles liquides, en outre des deux extrémités du drain péritonéal, on perçoit une odeur fécale, et de son extrémité inférieure, il s'écoule une petite quantité d'excréments liquides ; cependant au lavage du drain péritonéo-vaginal il s'écoule une eau limpide. Température 37°,1 ; 37°,8. Le 10 novembre même état, enlèvement de la première suture fondamentale et de plusieurs sutures externes, réunion par première intention seulement partielle. Le 11 novembre écoulement abondant d'excréments liquides par le drain abdominal ; aucune évacuation par l'anus, écartement des bords de la plaie sur une longueur de 7 centim. Le drain abdominal est retiré et le bandage changé trois fois par jour. Etat de l'opérée satisfaisant. Température 37°,7 ; 37°,9. Le 12 novembre évacuations des excréments par la plaie en quantité beaucoup moindre. Irritabilité, pleurs ; mais pas de douleurs particulières. Température 37°,3 ; 38°,3.

Le 13 novembre, pendant la nuit, l'opérée s'est arraché le drain abdomino-vaginal. En enlevant le sac fœtal, il en sort une grande quantité de tissus mortifiés et un peu d'excréments liquides.

Introduction dans le sac fœtal d'un morceau de marly iodoformé, dont une partie pend au dehors. L'irritation de la

malade continue ; le pouls est irrégulier, au delà de 100, assez plein. Température 37°,8 ; 37°,7.

Le 14 novembre, à l'irritation vient se joindre la perte de la mémoire, et de l'agitation. Le manque de mémoire se manifeste, non seulement pour les événements passés depuis longtemps, mais encore pour les faits récents ne datant que de quelques minutes ; du reste présence d'esprit complète. Plus d'évacuation fécale par la plaie. Les parties visibles de la plaie et du sac fœtal même sont couvertes de bonnes granulations. Le sac fœtal a considérablement diminué ; la sonde y pénètre à 9-10 centim. Température 37°,9-37°,5. Les 15 et 16 novembre, même état. Le 17 novembre, outre les symptômes ci-dessus, refus de nourriture ; le docteur S. S. Korsakoff appelé en consultation, a constaté une maladie psychique très rare se rapportant aux troubles psychiques propres à la neurite multiple, forme qu'il a décrite en 1887 dans le *Wiestnik psichiâtrii*. Outre ce dérangement psychique, le 17 novembre il avait déjà constaté à la pression cet état morbide des nerfs et des muscles, ainsi que l'absence de réflexes du genou. Quant à la marche ultérieure de la maladie même, le sac fœtal diminuait rapidement, au point que le 23 novembre, il pouvait à peine contenir 40 grammes de liquide ; le 2 décembre, il n'en contenait plus que 15 grammes environ, et, enfin, le 20 décembre, jour de la sortie de la malade du dispensaire, pas plus de 8 grammes.

Par la suite les troubles psychiques empirèrent ainsi que les symptômes de la neurite multiple : paralysie partielle des extrémités inférieures, et, plus tard, des extrémités supérieures. Et la malade fut transférée à la clinique psychique le 20 décembre 1888. Il faut remarquer que la nutrition générale de la malade s'était considérablement améliorée les derniers temps. Mais à la clinique la paralysie fit des progrès, il s'y joignit encore celle du diaphragme, et la malade mourut le 3 janvier 1889.

Il est incontestable que la mort fut la conséquence de la neurite multiple, et en effet, à l'examen des nerfs, on trouva des modifications essentielles tant dans les extrémités supérieures et inférieures que dans les nerfs vagues et phréniques. Ces neurites dégénératives accompagnent très souvent les troubles psychiques ; on les regarde comme la conséquence de l'influence toxique sur le système nerveux de certains virus qui circulent dans le sang. Il n'est pas rare de les voir se développer dans les circonstances où dans l'organisme, il se forme une quantité considérable de ptomaïnes.

Le Dr S. S. Korsakoff me communiqua un cas analogue qu'il avait observé après l'accouchement d'un fœtus décomposé et qui avait eu une issue heureuse. Dans mon cas,

les conditions étaient les mêmes et l'on peut comme probabilité admettre l'introduction dans le sang des produits de décomposition. L'autopsie fut faite par le Dr Nikiforoff. De son rapport je n'extrairai que ce qui concerne l'état des organes de la cavité péritonéale. Tissu adipeux considérablement développé. L'épiploon, une partie de l'S iliaque sont fixés à la partie antérieure de l'abdomen par des adhérences lâches; matrice déplacée vers la gauche. L'ovaire gauche a considérablement diminué; longueur 16 millim., largeur 13 millim.; l'ovaire droit est de grandeur normale, longueur 35 millim., largeur 25 millim. A gauche de la matrice et faisant corps avec l'ovaire gauche, on trouve le sac fœtal intimement uni au péritoine sclérosé et au tissu cellulaire. La cavité du sac est de la grandeur d'une noix, et l'intérieur est villeux.



FIG. — R., rectum. — E. r. u., excavation recto-utérine. — O. d., ovaire droit. — L. o., ligament de l'ovaire droit et gauche. — U., utérus. — O. s., coupe dans le reste de l'ovaire gauche. — M., point de découpure au tissu des parois du sac fœtal pour l'examen microscopique. — S., aspect du reste de la cavité du sac fœtal et point de section de la trompe de Fallope. — T. s., trompe de Fallope gauche étendue. — T. d., trompe de Fallope droite, en zig-zag. — L. l. d., ligament large droit. — L. l. s., ligament large gauche. — L. r., ligament rond droit et gauche. — E. v. u., excavation vésico-utérine. — V., vessie disséquée.

La trompe gauche de Fallope est devenue plus longue, la lumière en est libre, sans être élargie; celle de droite est en forme de zig-zag et la lumière à son extrémité abdominale

est oblitérée. A droite de la matrice, on remarque des traces de paramétrite chronique, et antérieurement des adhérences périmétriques. La vessie renferme une petite quantité d'urine épaisse contenant des cellules épithéliales : cystite catarrhale. Dans les parois postérieures de la vessie on trouve un petit cul-de-sac qui, après examen, a été reconnu pour une fistule avec traces de cicatrices, reliant la cavité du sac avec la vessie. Rectum élargi dans sa partie inférieure par les excréments. Sur la muqueuse du rectum cicatrices d'une communication avec la cavité du sac fœtal. Volume de la matrice au-dessous de la normale. La muqueuse est hyperhémiée et couverte de mucus ; érosion sur la lèvre antérieure. Catarrhe utérin. Rate normale, couleur rouge sang à la section et à la surface externe deux petits kystes de la grosseur d'un petit pois. Reins normaux, capsule adipeuse très développée et facile à détacher ; gris rouge à la section.

Contenu des bassinets muco-purulent : pyélite. Intestins distendus, minces avec cicatrices catarrhales. Dans la région iléo-cæcale les follicules solitaires sont légèrement gonflés. Foie lardacé, hypertrophie et dégénérescence graisseuse.

L'examen macro-microscopique des organes sexuels par le professeur Z. F. Klein a confirmé le diagnostic de grossesse extra-utérine ovarienne : la tunique albuginée passe directement de l'ovaire gauche dans la paroi du sac fœtal, qui se compose de deux couches : 1) l'une fibreuse formant la prolongation immédiate de la tunique albuginée ; 2) l'autre interne, production récente du processus inflammatoire. Dans cette dernière couche on remarque par endroits : a) des cheveux fins encapsulés, enveloppés d'un réseau de tissu cellulaire, et provenant de la tête du fœtus. La macération de cette dernière était complète; b) un cercle large composé d'hématoïdine amorphe. Dans la couche extérieure de la paroi du sac fœtal, il se trouve des cavités la plupart arrondies, tapissées à la périphérie d'un épithélium cuboïde et présentant au centre des cellules à *angles ?* En un mot des cavités qui rappellent les follicules de l'ovaire.

En examinant les autres parties de la préparation, on y découvre aussi des cavités qu'à la section transversale, il est facile de reconnaître pour des fissures thrombosées se rapportant probablement aux vaisseaux lymphatiques : lymphangite productive. Le thrombus lui-même est formé de l'endothélium hypertrophié. Par-ci, par-là se trouvent des artères et des veines variqueuses dont quelques-unes contiennent des caillots et d'autres sont vides.

Résumé : a) allongement de la trompe de Fallope gauche ;

sous la pression elle donne la sensation d'un cordon; *la lumière en est libre dans toute son étendue, sans être élargie;* le pavillon est normal, non soudé à l'ovaire; b) liaison organique et intime du sac fœtal avec l'ovaire gauche; la tunique albuginée y pénètre directement et en forme la couche périphérique; c) les ailerons du ligament large gauche sont très distincts sur la préparation et le sac fœtal est à peine soudé au ligament large correspondant. Si dans le cas présent on exclut de la formation du sac fœtal la trompe. de Fallope, ce qui d'après Werth est de la plus grande importance, et le péritoine pelvien, on ne peut admettre qu'une grossesse ovarienne qui s'est développée dans l'ovaire gauche. Si l'on y ajoute la diminution considérable de l'ovaire gauche et le résultat de l'examen microscopique des parois du sac fœtal, je crois pouvoir affirmer que le cas décrit cidessus est une grossesse ovarienne.

Admettre uniquement la soudure du sac fœtal avec l'ovaire gauche et non leur liaison organique, n'est pas possible; car la tunique albuginée de l'ovaire gauche passe directement dans la paroi du sac fœtal et en compose la couche périphérique.

L'absence du placenta et de la place de son insertion à la surface interne de la paroi du sac fœtal, n'a aucune importance dans le cas présent. Sans parler de mon intime conviction de l'insertion du placenta à la paroi interne du sac fœtal, ce dont on a pu facilement se convaincre pendant l'opération, ni de la marche de la putréfaction qui s'était produite dans le sac fœtal avant l'opération, etc., j'arrive aux conclusions suivantes: la malade est morte plus de deux mois après l'opération, période plus que suffisante pour l'*involution*, si l'on peut s'exprimer ainsi, de la paroi du sac fœtal, et il est possible que la partie où se trouvait le placenta se soit involuée la première. Il se peut aussi que par suite des modifications survenues dans le cours de ces deux mois après l'opération, on n'ait pu trouver de follicules bien caractéristiques de l'ovaire, mais seulement des touffes fibreuses de tunique albuginée de l'ovaire. Il

ne reste plus que la question de la partie intacte de l'ovaire où s'est développée la grossesse extra-utérine. Il me semble qu'on ne peut poser comme condition catégorique l'absence complète de l'ovaire correspondant à la grossesse extra-utérine, si l'on prend en considération les circonstances qui suivent : 1) pour diagnostiquer une grossesse ovarienne tous les gynécologues n'admettent pas comme critérium l'absence complète de l'ovaire ; 2) les cas de grossesses ovariennes étudiées jusqu'ici, sont trop peu nombreux et ne peuvent nous fournir un critérium irréfutable pour la grossesse ovarienne ; 3) on trouve dans la littérature médicale des données macro- et microscopiques où l'ovaire dans lequel s'était développée la grossesse extra-utérine ovarienne, n'était que diminué, et non détruit ; 4) dans le cas présent, comme on en a eu la preuve évidente par la préparation anatomique et par la figure ci-jointe, ni la trompe de Fallope, ni le péritoine qui l'entoure, n'ont pris part à la formation du sac fœtal.

En m'appuyant sur les preuves que je viens d'exposer, je conclus que ce cas est une grossesse ovarienne extra-utérine.

En terminant cette étude, je dois aussi ajouter qu'il peut nous servir à réfuter dans une certaine mesure l'opinion de Lawson-Tait et de ses disciples qui affirment que tous les cas de grossesse extra-utérine n'appartiennent qu'à une seule forme, à la forme tubaire.

Bibliographie. — PUECH. Grossesse de l'ovaire. *Ann. de Gyn.*, 1878. — Du traitement des grossesses extra-utérines. *Ann. de Gyn.*, 1879. — COHNSTEIN. Beitrag zur Schvangerchaft ausserhalb der Gebärmutter. *Arch. f. Gynäk.* Bd XIII. — SPIEGELBERG. Zur casuistik der Ovarialschwangerschaft. *Arch. f. Gynäk.* Bd XIII. — TALBOT JONES. *Ann. f. of Med. Sc.*, avril 1879. — HUEPPE *Die Bedingungen der ovarial und abdominal schwangerschaft.* Inaug. Diss. Berlin., 1876. — PATIENKO. *Étude de la grossesse extra-utérine.* St-Pétersbourg, 1878. — WATH. *Beit. z. Anat. and. z. operat. Behand d. Extrauterinschwangerschaft.* Stuttgart, 1887. — ZMIGRODSKY. *Étude de la grossesse extra-utérine.* St-Pétersbourg, 1886. — SCHRŒDER. *De l'accouchement.* Ed. russe, 1881. — HEINEKEN. *Ub. Extrauterin schwangerschaft mit Berüksichtigung einer Fulles von Laparotomie bei Graviditas. ovaria.* Halle, 1881. — LANDAU. *Arch. für Gynäk.* Bd XVI. — *Berl. Klin. Woch.*, 1884. — *Deuts. med. Woch.*, 1884. — BANDL. *Maladies des trompes, des ligaments, du périt. pelvien.* — LAWSON-TAIT. *Obst. Journ.*, 1880. *Lancet* et *Bristol med. Journ.*, 1884 et 1885, *Brit. gyn. Journ.*, 1885.

EXPÉRIENCES ET RÉFLEXIONS SUR LE DRAINAGE DU PÉRITOINE

Par le Dr **Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté de médecine.

L'opinion des chirurgiens sur le drainage du péritoine s'est singulièrement modifiée depuis vingt ans (1). Les gynécologistes ayant remarqué qu'après les laparotomies, le cul-de-sac de Douglas devenait parfois le siège d'un épanchement qu'il était nécessaire d'évacuer par des ponctions vaginales ou rectales (Spencer Wells, Keith), l'idée devait naturellement se présenter de faire un drainage préventif pour éviter ces épanchements.

Peasle dans son livre sur les tumeurs de l'ovaire (2) conseilla d'employer ce drainage dans les cas où les sécrétions sont à redouter. Kœberlé (3) en 1867 décrivit le tube de verre qui porte son nom, et qui fut adopté avec de légères modifications par Spencer Wells, Keith, Atlee, et d'autres. Mais jusqu'en 1872, le drainage préventif après les laparotomies n'était employé que dans des cas particuliers et relativement rares.

C'est en 1872 que Marion Sims (4) voulut généraliser l'emploi du drainage péritonéal. Ayant constaté que presque toutes les morts après laparotomie étaient dues à la septicémie, et qu'on trouvait alors un exsudat altéré dans le péri-

(1) On peut faire remonter l'histoire du drainage du péritoine jusqu'à Celse, qui l'a recommandé dans les cas d'ascite (*De medicina*, libri VII, ch. XV). Il a depuis été employé et conseillé par Avicenne, Guy de Chauliar, Ambroise Paré, etc. Cette lointaine histoire est ici sans intérêt. Il ne s'agit pas du drainage dans l'ascite : mais du drainage après les laparotomies. Et c'est seulement depuis que l'ouverture large du ventre est entrée dans la pratique chirurgicale que cette question est devenue intéressante.

(2) PEASLE. *Ovarian Tumors*, p. 509.

(3) KŒBERLÉ. *Gaz. des hôpitaux*, 1867.

(4) M. SIMS. *On Ovariotomy*, 1873.

toine, il conseilla de ponctionner le cul-de-sac de Douglas et de drainer par le vagin dans tous les cas de laparotomie pour donner issue aux liquides exsudés et empêcher leur altération.

Sims fit un grand nombre de prosélytes en Allemagne. La plupart des chirurgiens de ce pays se déclarèrent partisans du drainage préventif, entre autres Nussbaum (1), et Olshausen (2), pour ne citer que les plus célèbres.

L'enthousiasme ne fut pas de longue durée. La pratique de l'antisepsie et la technique de la laparotomie s'étant rapidement perfectionnées, on ne tarda pas à remarquer d'une part que le drainage vaginal ne remplissait pas toujours son but, d'autre part que les liquides exsudés par le péritoine n'étaient pas dangereux tant qu'ils étaient aseptiques. On en vint à se demander si le drainage n'était pas une complication inutile, et même si les drains en laissant la porte ouverte à l'infection n'étaient pas quelquefois plus dangereux qu'utiles. Le drainage préventif fut abandonné par ses plus chauds partisans (3).

Cette tendance à restreindre l'emploi du drainage s'accentuait de plus en plus. Avec les progrès de l'antisepsie, ses indications devenaient plus rares ; quand on vit « avec étonnement (4) » Bardenheuer (5) se faire le champion du drainage préventif. Après l'avoir employé avec succès dans les cas d'hystérectomie, il l'employa et conseilla de l'employer à la suite de toutes les opérations, portant sur le péritoine. En 1882, A. Martin (6) lui répondit en s'attachant à réfuter ses arguments. La tentative de Bardenheuer n'a pas arrêté

---

(1) NUSSBAUM. *Bayerisches ærztliches Intelligensblatt*, 1874, n° 3.

(2) OLSHAUSEN. *Berlin. klinisch. Wochenschrift*, 1876, 10 et 11.

(3) OLSHAUSEN. *Samml. klinisch. Vorträge v. R. Volkmann*, n° 111, 1877.

(4) C'est A. MARTIN qui s'exprime ainsi. Die drainage bei peritonealen operationen. *Samml. klin. Vorträge v. R. Volkmann*, n° 219, 1882.

(5) BARDENHEUER. Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle, 1879, *Die Drainirung der peritonealhöhle*, 1881, et *Cent. f. Gyn.*, 1881, n° 22.

(6) A. MARTIN. *Loc. cit.*

la tendance à restreindre l'emploi du drainage. Lui-même a complètement renoncé aux idées qu'il défendait en 1880 : il me disait récemment en parlant de ses deux volumineux mémoires, « c'est de l'histoire ancienne ».

Aussi, il est inutile de discuter aujourd'hui comme on le faisait alors sur les propriétés absorbantes du péritoine. Tout le monde sait que lorsque la membrane est saine, les propriétés d'absorption sont très considérables et personne ne considère plus le drainage comme un temps nécessaire des laparotomies.

Cependant comme on y a recours encore dans certains cas particuliers, j'ai pensé qu'il pourrait être intéressant de chercher à préciser par des expériences le mode d'action du drainage péritonéal.

I. — Expériences sur le drainage.

Mes premières expériences ont été faites sur le cadavre de la manière suivante. J'ouvre l'abdomen comme dans une laparotomie et je le remplis d'eau. Je place ensuite un tube au-dessus du pubis dans l'angle inférieur de la plaie, en prenant soin que son extrémité n'aille pas buter contre les parois du bassin. J'ai employé successivement des tubes de verre et des tubes de caoutchouc, avec ou sans orifices latéraux. Le tube mis en place, je ferme l'abdomen de manière à ce qu'il ne reste pas d'autre orifice que celui du tube. Puis pour remplacer la pression abdominale, je fais exercer sur le ventre des pressions plus ou moins considérables. Je fus très surpris de voir que bien que l'abdomen fût rempli, le liquide ne s'écoulait que très peu ou pas du tout par le tube. Si on secoue le tube en le soulevant légèrement et rapidement tandis qu'on continue toujours à peser sur l'abdomen, on voit un jet de liquide s'échapper en s'élevant assez haut, mais c'est tout ; l'écoulement s'arrête aussi brusquement qu'il s'est produit. On peut ainsi soulever le tube plusieurs fois et on obtient toujours le même résultat. Il s'écoule une quantité de liquide

variable, mais en général peu considérable, puis tout écoulement cesse. L'nterprétation de ce phénomène imprévu est facile. Les anses intestinales mobiles se mettent au contact du tube et oblitèrent ses orifices.

Mais ces expériences avaient été faites sur le cadavre dont les anses intestinales sont à la fois flasques et dépolies. Il y avait lieu de se demander si les mêmes phénomènes se reproduiraient sur le vivant. Pour le savoir j'ai répété les expériences sur des chiens vivants. L'intestin du chien a, comme on sait, une musculature beaucoup plus puissante que celui de l'homme. Contracté, il a presque la dureté du bois. Par suite, il est mal disposé pour se mouler sur l'orifice des tubes. Malgré cela les choses se passèrent absolument comme sur le cadavre humain.

Cependant, il est bien certain, que dans les cas où l'on emploie le drainage à la suite des laparotomies, on voit sortir par le tube de la sérosité roussâtre en quantité parfois considérable. Il y avait donc une évidente contradiction entre mes expériences et les faits cliniques. Pour en trouver l'explication j'ai continué mes recherches (1).

Le 3 juin 1889, je draine le péritoine d'un chien de petite taille avec un tube de verre, placé dans le cul-de-sac de Douglas. Le 5 juin, deux jours après, je fais une paracentèse avec un gros trocart et j'injecte dans la cavité abdominale 50 gr. de solution salée aseptique. Rien ne revient par le tube. J'injecte 50 autres gr., soit 100 gr. en tout, rien ne revient d'abord, mais l'animal fait un brusque mouvement, et tout à coup le liquide s'écoule par le tube. A partir de ce moment, à chaque nouvelle injection, le liquide revient par le tube de verre. L'animal est mis à mort. Autopsie immédiate. Le drain est entouré de fausses membranes, qui unissent des anses intestinales. Entre deux anses partiellement adhérentes, existe une sorte de fissure. L'interprétation des phénomènes me paraît être la suivante : Le drain était complètement isolé

(1) Toutes les expériences qui suivent ont été faites avec une rigoureuse antisepsie. Elles ont été pratiquées au laboratoire de M. Dastre, que je ne saurais trop remercier.

par les adhérences de la grande cavité péritonéale; c'est ce qui a empêché les premières injections de revenir. Puis, lors des mouvements de l'animal, une adhérence s'est déchirée. Par la fissure ainsi produite, le liquide a pu pénétrer de la grande cavité péritonéale dans la petite cavité formée par les fausses membranes et s'écouler par le tube.

Voici d'autres expériences :

Le 4 juin, je place dans le péritoine d'un chien un tube de caoutchouc. Le 6, quarante-huit heures après, j'injecte par la canule d'un trocart 150 gr. de liquide dans la cavité abdominale. Rien ne revient par le tube.

Autopsie immédiate. — Le tube est complètement entouré par l'épiploon (1). Mais il n'y a pas de fausses membranes.

Le 5 juin, je draine l'abdomen d'une grosse chienne avec deux tubes, l'un en verre, l'autre en caoutchouc. Immédiatement, j'injecte par le tube en caoutchouc cinquante grammes de la solution salée, rien ne revient. J'injecte 50 autres gr., soit 100 gr. Le liquide revient par le tube de verre, mais rien ne revient par le tube de caoutchouc, bien que l'injection ait été poussée par ce dernier. J'injecte alors 100 gr. par le tube de verre, le liquide revient par ce tube, mais rien ne passe par le tube en caoutchouc. Le 7 juin, je fais une injection par le tube de caoutchouc, le liquide revient immédiatement, mais seulement par le tube de verre. Dans la nuit du 7 au 8, le tube de verre donne écoulement à une quantité considérable de sérosité jaunâtre. Le 8, l'animal est tué. Autopsie. Les deux drains complètement isolés de la grande cavité péritonéale, sont réunis dans une même cavité accidentelle formée par les anses intestinales adhérentes. L'écoulement spontané, qui avait été assez considérable, ne venait donc pas de la grande cavité péritonéale. C'était le résultat de l'exsudation des fausses membranes constituant la petite cavité péritubulaire.

Le 6 juin, je place deux tubes à drainage l'un en verre, l'autre en caoutchouc dans le péritoine d'un chien. Le 7, j'injecte 100 gr. de solution salée par le tube en caoutchouc, rien ne revient.

(1) Chez les chiens âgés, l'épiploon est très développé, et il est fort gênant.

Le 8, l'animal est mis à mort. Les tubes sont enveloppés par l'épiploon. Pas d'adhérences.

J'ai fait d'autres expériences avec des tubes de verre, des tubes de caoutchouc et de la gaze iodoformée pour déterminer au bout de combien de temps, les drains étaient séquestrés par les adhérences. Ces expériences sont au nombre de huit. Je crois inutile d'en donner le détail. Qu'il me suffise de dire, qu'elles ont été faites avec toutes les précautions antiseptiques et sur des péritoines sains. J'ai constaté qu'au bout de 48 heures, la séquestration était toujours complète, si ce n'est dans les cas où l'épiploon entourait les tubes. En outre, il arrive parfois que les tubes sont partiellement ou complètement oblitérés par des coagulations fibrineuses.

Voici, je crois, les conclusions qu'il convient de tirer de ces expériences :

1° Le fonctionnement des tubes à drainage est très aléatoire. Les anses intestinales en se mettant au contact de leurs orifices peuvent empêcher les liquides d'y pénétrer.

2° Ces tubes peuvent en outre être oblitérés par des coagulations fibrineuses.

3° Les drains capillaires (mèches de gaze ou de coton) qui échappent à ce reproche sont supérieurs aux tubes.

4° Il se produit rapidement autour des différents drains, même s'il sont aseptiques, des adhérences, qui les isolent de la grande cavité péritonéale. Ce fait a été déjà constaté par différents expérimentateurs, particulièrement par Heinricius (1).

5° Par suite, il est impossible d'obtenir un drainage efficace et durable de la grande cavité péritonéale. On a vu en clinique des collections se former tout près des drains, derrière les adhérences qui les isolaient (2).

---

(1) Heinricius. On den profylaktiska drainagen af peritonealhälan vid Ovariotomie. *Finska läkare sällsk handl.* XXVIII, p. 203, 244, 1886.

(2) Bardenheuer. *Die drainirung des peritonealhöhle,* 1881.

6° La sérosité qui s'écoule par les drains doit venir dans la majorité des cas de transsudations qui se font par les adhérences dans la petite cavité formée autour de ces drains.

Il est bien entendu que je laisse absolument de côté les cas où il existe une ascite abondante. Les choses peuvent alors se passer d'une toute autre façon.

La portée de ces expériences n'est pas seulement théorique. Elles montrent que les anses d'intestin peuvent boucher la lumière des tubes ; or le fait a déjà été constaté en clinique, et Polk (1) a même rapporté un fait où il s'était produit une véritable hernie de l'intestin par les orifices latéraux d'un tube à drainage (2). Elles montrent encore que lorsqu'on place un drain, il faut se méfier de l'épiploon. Celui-ci en s'enroulant autour du tube peut le rendre complètement inutile. Le danger est réel ainsi que le prouve le cas de Hunter. Ce chirurgien a présenté à la Société obstétricale de New-York, le 17 novembre 1885, un tube de verre dont le quart inférieur était obstrué par l'épiploon, qui après avoir enveloppé le tube avait pénétré dans son intérieur par les perforations latérales.

Ces expériences doivent-elles entraîner cette conclusion que le drainage du péritoine est inutile ? en aucune façon. Mais en précisant son mode d'action, elles permettront peut-être de serrer de plus près ses indications. Il me paraît probable que les bons effets du drainage peuvent être dus à ce que les drains déterminent rapidement des adhérences qui isolent les points suspects. Ils agissent peut-être dans bien des cas en localisant le danger en dehors de la grande cavité séreuse, en rendant la lutte extra-péritonéale. Mais ces adhérences qui sont peut-être la raison de leur efficacité sont en elles-mêmes dangereuses, et c'est une raison de limiter l'emploi du drain, j'y reviendrai plus loin.

---

(1) POLK. Soc. Obs. of New-York. *Am. J. of obst.*, 1885, p. 1084. Discussion à la suite d'une communication de Nœggerath.

(2) Le même fait s'est produit dans un cas de Hégar ; mais ce chirurgien se servait de tubes énormes de 3 à 5 cent. de diamètre.

II. — Reproches faits au drainage.

Les reproches qu'on a faits au drainage sont assez nombreux, je vais les étudier successivement.

1° *Le drainage retarde la guérison.* — Dans le cas où on laisse le drain 24 heures, et où l'on serre lorsqu'on enlève un fil d'attente placé d'avance, le drainage ne retarda pas la guérison d'un seul jour. Si le drain reste longtemps en place, la guérison définitive peut être notablement retardée et c'est certainement un inconvénient. Mais ce n'est que dans des cas particuliers qu'on continue ainsi le drainage pendant plusieurs jours et dans les cas de ce genre, cet inconvénient n'est pas à mettre en balance avec les services qu'on peut attendre du drainage.

2° *Le drainage favorise l'infection septique.* — En somme, lorsqu'on met un tube, le péritoine reste ouvert jusqu'au moment où les adhérences se sont établies. Le tube est en quelque sorte une porte ouverte à l'infection, et cette infection peut se produire d'autant plus aisément qu'on est obligé de faire des pansements nombreux et que les salles de malades ne présentent pas d'ordinaire les mêmes garanties d'asepsie que les salles d'opération. Toutefois il est certain qu'avec des précautions on peut triompher de ce danger, qui est du reste supprimé dans les cas où on emploie le drainage capillaire avec la gaze iodoformée.

3° *Le drainage ne garantit pas l'écoulement des liquides exsudés dans l'abdomen.* — Bardenheuer avait déjà vu l'insuffisance des tubes. Comme il faisait le drainage par le vagin, il avait imaginé pour empêcher les anses intestinales d'entourer le tube, de faire au niveau du détroit supérieur une sorte de filet de catgut destiné à empêcher l'intestin de pénétrer dans le petit bassin. Les liquides devaient filtrer au travers des anses intestinales et du réseau de catgut, tomber dans le petit bassin, d'où ils auraient trouvé une issue facile par le tube vers le vagin. La mé-

thode de Bardenheuer ne s'est jamais généralisée, en raison sans doute de son extrême complication, de la difficulté de son exécution et de l'incertitude de son résultat. Depuis, Mikulicz (1) a beaucoup insisté sur l'influence des tubes et cela est tout à fait d'accord avec mes expériences. Je ne crois pas que les tubes seuls puissent garantir l'écoulement des liquides intra-péritonéaux, même dans les cas où l'on emploie l'aspiration, ainsi que je le dirai plus loin.

4° *Les tubes peuvent blesser et même perforer les viscères.* — Dans les cas où il s'est produit à la suite de la laparotomie des perforations tardives de l'intestin, on a volontiers incriminé le tube. Il est certain qu'un tube de verre, de gutta-percha, de caoutchouc durci, un tube rigide en un mot pourrait contusionner gravement un organe à peu près fixe comme la partie inférieure du rectum. Mais on peut éviter cet accident. Très souvent lorsqu'on veut drainer à la suite des laparotomies, on introduit le tube dans le cul-de-sac de Douglas, on le fixe à la paroi abdominale et les sutures terminées, on fait un pansement compressif. La paroi abdominale se déprime sous la pression du pansement ; le tube devient trop long et va buter contre le rectum. Il suffit d'y penser pour éviter cet accident.

5° *Le drain favorise la production de l'éventration.* — Pour Wylie (2), c'est le plus grave reproche qu'on puisse faire au drainage. Sims, Joseph Price (3) n'admettent pas que le reproche soit fondé. Lorsqu'on ne laisse le tube que 24 heures en place, on peut obtenir au point qu'il occupait une réunion en tout semblable à la réunion par première intention. Lorsqu'au contraire il reste longtemps, la petite plaie qu'il laisse à sa suite ne peut se réunir que par granulation. La cicatrice est par suite moins solide, mais sur une bien petite étendue. Aussi je ne crois pas que ce soit là un véritable

(1) MIKULICZ. *Arch. f. klin. chir.*, vol. XXVI, p. III, 1881.

(2) G. L. WYLIE. *Obst. Soc. of New-York*, 20 avril 1886. *Am. J. of obst.*, 1886, p. 611.

(3) J. PRICE. *Am. J. of obst.*, 1888, p. 1069.

danger du drainage, à moins cependant qu'on ne se serve de drains absolument énormes.

6° *Le drain peut déterminer l'inflammation du péritoine.* — Il faut s'entendre sur ce reproche. Si l'on veut parler de l'inflammation adhésive qui amène la formation des adhérences, il est juste. Mais certains chirurgiens paraissent croire que le drain peut déterminer une péritonite grave, voire même mortelle. « Je ne puis m'empêcher de soupçonner, écrit Munde (1), que dans un certain nombre de cas, qui se sont terminés par la mort, le tube a agi comme un irritant direct, et que la péritonite à laquelle mes malades ont succombé, et qui ne s'est pas développée avant la fin de la première semaine pourrait bien ne pas être survenue si j'avais fermé entièrement la cavité péritonéale. » Il y a là dedans deux choses : l'idée que le drain puisse par lui-même déterminer une péritonite grave me paraît absolument erronée. Un drain aseptique n'entraîne pas d'inflammation sérieuse : je n'en ai jamais vu survenir chez les animaux. Mais quand Munde dit que peut-être sa malade ne serait pas morte, s'il n'avait pas employé le drainage, il est fort possible qu'il ait raison. L'infection a pu se faire secondairement par l'intermédiaire du tube. J'ai déjà traité cette question.

7° *Le drain entraîne la production d'adhérences.* — J'ai déjà dit, en m'appuyant sur mes expériences, qu'un drain laissé 48 heures dans l'abdomen s'entourait presque toujours d'adhérences. Heinricius (2), Lœbker (3) ont soutenu la même opinion. Cela est vrai des animaux et en particulier des chiens ; mais il est fort difficile de savoir comment les choses se passent sur l'homme. En effet dans les cas fort rares où on a pu constater l'état des drains en place, c'était soit au cours de laparotomies secondaires, soit pendant des autopsies, c'est-à-dire dans des cas où l'évolution n'avait pas

(1) Munde. *Am. J. of obstet.*, 1888, p. 143.
(2) Heinricius. *Loc. cit.*
(3) Lœbker. *Arch. f. Gynäk.* t. XIV, p. 127.

été régulière. Dans la discussion de la Société obstétricale de New-York, dont j'ai déjà parlé (20 avril 1886), Wylie a soutenu que le tube s'entourait de lymphe plastique. Il avait déjà remarqué en 1885 (1) que pour enlever le drain, il fallait parfois mouvoir son extrémité inférieure afin de rompre des adhérences.

Skene s'est élevé contre l'opinion de Wylie en disant que dans une autopsie à laquelle il avait assité, le tube avait été trouvé absolument libre dans la cavité abdominale. Coe et Munde lui ont objecté d'autres faits. Coe a autopsié plusieurs sujets chez lesquels le tube à drainage était resté en place après la mort. Dans tous les cas, il a trouvé le tube complètement isolé de la cavité péritonéale par une paroi de lymphe organisée. En outre, et cela a plus d'importance, il a noté que même dans les cas où le tube est enlevé rapidement après l'opération, il reste à sa place un canal fermé, si bien que l'eau versée dans ce trajet y reste à un niveau constant sans s'abaisser, ni disparaître, comme cela aurait lieu, s'il y avait une communication avec la cavité péritonéale. Munde dans deux cas, où il a dû rouvrir l'abdomen trois jours après l'opération, a constaté que le tube était isolé de la grande cavité péritonéale. Toutes ces observations sont très concordantes. Mais je laisse de côté, pour les raisons que j'ai dites, celles qui ont été faites dans les autopsies ou dans les laparotomies secondaires, et je ne veux retenir que le fait constaté par Coe sur le vivant dans les cas où on enleva le tube de bonne heure. Je crois qu'on peut en conclure, d'accord avec l'expérimentation, que les adhérences se produisent rapidement autour des drains, et qu'elles sont inévitables, dès que le drain reste en place plus de 48 heures (2).

C'est là un inconvénient très sérieux. Les adhérences

(1) G. Wylie. Obst. Soc. of New-York. *Am. J. of obst.*, 1885, p. 1084.

(2) L. Tait (*British. Gynec. Jour.*, août 1887) dit que lorsqu'on veut drainer la grande cavité péritonéale, il ne faut pas laisser le drain plus de 70 ou 80 heures.

peuvent favoriser la production de ces accidents intestinaux post-opératoires, qui ont dans ces derniers temps préoccupé les gynécologues. Dans la suite, elles peuvent avoir des conséquences graves (persistance des douleurs, étranglement interne). Toutefois, il est juste de dire que nous ne savons pas si ces adhérences augmentent ou diminuent, persistent ou disparaissent dans la suite.

8° *Le drainage peut déterminer des accidents réflexes du côté du tube digestif.* — Dans un cas, Munde (1) a observé des vomissements qu'il a cru pouvoir attribuer à l'irritation produite par le tube. Voici le fait : « Dans le cas 59 (hématome des 2 ovaires) des vomissements obstinés continuèrent pendant trois jours après l'opération, et paraissaient être excités par chaque déplacement du liquide dans le tube à drainage. L'ablation du tube pendant qu'il y avait encore un abondant écoulement de sérum sanguin amena une cessation immédiate des vomissements et la malade guérit rapidement ». Ce cas est à ma connaissance le seul de son genre.

III. — Méthodes de drainage.

Ces méthodes sont fort nombreuses, et elles diffèrent les unes des autres soit d'après la voie par laquelle on fait écouler les liquides, soit d'après la nature du drain.

Les voies d'écoulement sont seulement au nombre de deux, la paroi abdominale antérieure et le vagin. Il y a de par ce fait deux grandes variétés de drainage, le drainage abdominal et le drainage vaginal, qui ont du reste été quelquefois employés simultanément.

I. Drainage vaginal. — C'est celui qu'avait recommandé Peasle, et qui a joui pendant longtemps de la faveur générale. C'est celui aussi que recommandait et employait Bardenheuer, et j'ai dit déjà que pour empêcher les anses intestinales de venir entourer le tube, il avait imaginé de faire

(1) Munde. *Am. J. of obst.*, 1888, p. 144.

un réseau de catgut au niveau du détroit supérieur. Aujourd'hui le drainage vaginal est tombé dans un discrédit presque complet. On ne l'emploie guère que lorsqu'on opère par le vagin, soit pour extirper l'utérus, soit pour enlever les trompes ou les ovaires. Presque tous les chirurgiens y ont renoncé pour les cas où l'on agit par la paroi abdominale antérieure. En effet ses avantages sont contestables et ses inconvénients sérieux. Son avantage principal, c'est, dit-on, d'être situé à la partie déclive et de permettre sûrement l'écoulement de tous les liquides sécrétés dans le péritoine. Il est bien vrai que le cul-de-sac de Douglas est la partie la plus déclive du péritoine, mais ce point déclive bien loin d'être relié aux autres parties du péritoine par des pentes naturelles, en est au contraire séparé par des obstacles que les liquides ne peuvent franchir. Le relief du psoas le sépare des fosses lombaires et des fosses iliaques; les ligaments larges le séparent du cul-de-sac vésico-utérin et les sérosités peuvent s'accumuler dans ces fosses et dans ce cul-de-sac, malgré un drain placé dans la cavité de Douglas. Ce drain permettrait donc seulement l'écoulement des liquides accumulés dans cette cavité; il est vrai que c'est là qu'on les rencontre le plus souvent. Mais la capillarité peut triompher de la pesanteur; et un drain capillaire placé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale remplira aussi bien et peut-être mieux son office qu'un tube passé au travers du cul-de-sac vaginal. Ce qui surtout a fait renoncer au drainage inférieur c'est la possibilité de l'infection par le vagin. Aujourd'hui ce danger a singulièrement diminué, car on sait faire l'asepsie du vagin. Cependant le drainage vaginal est très peu usité. A. Martin l'emploie; mais les Américains le lui reprochent cruellement. « Martin, dit J. Price (1), a 12 morts sur 72 cas. Je pense que le Dr Martin a besoin d'une plus grande expérience du drainage. Si vous voulez vous reporter à la mortalité de Bantock, je crois que vous penserez qu'il vaut mieux

---

(1) J. Price. *Am. J. of obst.*, 1888, p. 1073.

pratiquer le drainage de Bantock, de Tait et de Keith que celui de Martin. » Ce jugement me paraît bien sévère et peut être injuste, car Martin n'emploie le drainage que dans des cas exceptionnels, et en outre il a recours le plus souvent possible à une pratique particulière qui fait de son drainage une méthode à part. Lorsqu'il reste après l'extirpation des tumeurs, des sortes de sac, comme cela arrive dans les cas de grossesse extra-utérine, de tumeurs intra-ligamenteuses, d'hématocèles, il s'efforce après avoir drainé par le vagin de suturer par-dessus le drain les bords du sac restant. Il ferme ainsi la cavité suspecte, la sépare du péritoine en la laissant seulement en communication avec le vagin. Il ne s'agit plus alors de drainage péritonéal, mais du simple drainage d'une cavité extra-péritonéale. Cette méthode me paraît présenter, lorsqu'elle est facilement applicable, de réels avantages.

II. Drainage abdominal. — C'est celui qui est le plus communément employé aujourd'hui. Il consiste à placer le drain dont on a fait choix d'une part dans le cul-de-sac de Douglas, d'autre part dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Les différentes espèces de drains qu'on a employés sont très nombreuses, mais on peut les classer en deux catégories fondamentalement différentes. Les uns sont de simples tubes qui n'utilisent aucune force spéciale, et dans lesquels les liquides doivent pénétrer sous l'influence de la seule pression abdominale : les autres permettent d'utiliser une force spéciale, destinée à lutter contre la pesanteur, la capillarité. De là deux grandes variétés de drainage ; le drainage par les tubes simples ; le drainage capillaire.

a) *Drainage par les tubes simples.* — La variété des tubes qu'on a employés est très considérable. On en a fait en caoutchouc mou, en caoutchouc dur, en gomme, en gutta-percha, en verre, en métal. Ils diffèrent par leur longueur, par leur diamètre. Les uns ont des perforations latérales, les autres n'en ont pas. Quelques-uns, comme celui de M. Sims (1),

(1) Sims. *New-York med. J.*, 1884, 20 sept., p. 334.

sont à double courant. Je ne m'arrêterai pas à les décrire. Mikulicz, Lœbker ont reproché aux tubes de ne pas assurer l'écoulement des liquides. Ainsi que je l'ai déjà dit en formulant les conclusions de mes expériences, ce grave reproche me paraît absolument fondé. Pendant les premières heures, si la pression intra-abdominale est très faible, comme cela doit arriver souvent, car les malades immobilisent leur diaphragme pour respirer d'après le type costo-supérieur, il n'y a aucune raison pour que le liquide s'écoule contre la pesanteur. Si la pression intra-abdominale est notablement supérieure à la pression atmosphérique, les anses intestinales viennent se presser autour du tube, et oblitérer partiellementou complètement son ou ses orifices. En somme, pendant les premières heures, les tubes fonctionnent mal ou pas du tout. Au bout de 48 heures, ils sont déjà entourés d'adhérences et souvent obstrués par des coagulations fibrineuses. La formation de ces adhérences est peut-être dans certains cas la raison de l'efficacité du drain, ainsi que je l'ai déjà dit, mais il n'en est pas moins vrai que les drains en tubes manquent le plus souvent leur but, qui est de permettre l'évacuation des liquides exsudés dans la grande cavité péritonéale.

Il y a longtemps que les gynécologues ont remarqué combien les tubes à drainage sont insuffisants lorsque la seule force mise à profit pour l'évacuation des liquides est la pression abdominale, la vis à tergo, comme le dit M. Pozzi (1). Aussi a-t-on cherché à y joindre la vis à fronte, c'est-à-dire l'aspiration pratiquée soit au moyen de siphons, soit au moyen de seringues. Les appareils à siphons sont difficilement compatibles avec une antisepsie rigoureuse ; en outre ils fonctionnent mal parce qu'ils se désamorcent facilement. C'est pour ces deux raisons, qu'ils sont peu ou pas employés. L'aspiration faite par le drain au moyen d'un seringue et d'un tube de caoutchouc a été surtout employée par Lawson Tait, qui la fait pratiquer toutes les trois heures. Ses écla-

(1) Pozzi. *Bullet. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XIV, 1888, p. 205.

tants succès ont naturellement conduit un grand nombre de chirurgiens à l'imiter.

J'ai voulu voir si l'aspiration était capable d'entraîner les liquides qui ne s'écoulent pas spontanément et pour cela j'ai procédé de la manière suivante. Je fais une paracentèse au-dessus du pubis et par la canule du trocart conduite jusque dans la cavité de Douglas, j'injecte un litre d'eau : par le même canal, je fais une aspiration avec la seringue, il ne revient pas une goutte du liquide. Je remplace la canule par un drain métallique de petit calibre (4 millim. 5) perforé de trous latéraux. Les trous mesurent 4 sur 2 millim. et sont situés à 6 millimètres les uns des autres. On peut par l'aspiration ramener quelques grammes de liquide, mais quelques grammes seulement. Presque aussitôt que l'aspiration est commencée, on voit le tube de caoutchouc qui relie la seringue au drain se déprimer sous l'influence de la pression atmosphérique, et il ne passe plus une seule goutte de liquide. Par un autre orifice fait à la paroi abdominale, j'introduis un autre drain en verre mesurant un centimètre de diamètre, pourvu d'orifices latéraux de 4 sur 3 millimètres et situés à 13 millim les uns des autres. Malgré les dimensions considérables du tube, les choses se passent à peu près de la même façon.

Comme on le voit l'aspiration est un bien mauvais moyen d'évacuer les liquides contenus dans le péritoine.

En effet, la force aspiratrice agit aussi bien sur les anses intestinales que sur le liquide. Elle entraîne les premières qui viennent s'accoler le long du tube et qui maintenues par la différence de pression oblitèrent complètement ses orifices si vastes et si nombreux qu'ils soient (1).

En usant à la fois des deux tubes perforés dont je viens de parler, j'ai essayé d'évacuer complètement par l'aspiration les

(1) Howitz (Die Nachbehandlung bei der Ovariotomie. *Gynækolog. og. obst. Meddeleser.* Bd. III, fasc. 3), a même vu l'intestin pénétrer dans le tube. Il y était si solidement fixé qu'il a dû, pour le libérer, casser le tube, qui heureusement était de verre.

liquides que j'avais injectés dans le péritoine. Dans un cas j'avais injecté un litre de liquide, dans l'autre 1500 grammes. Après avoir pratiqué l'aspiration à plus de vingt reprises différentes, jusqu'à ce que je ne puisse plus entraîner une seule goutte de liquide ni par l'un ni par l'autre tube, j'ai ouvert l'abdomen des sujets pour voir ce qu'il y restait. Dans un cas, il y avait dans le petit bassin environ 100 grammes d'eau. Dans l'autre le péritoine était absolument baigné ; et j'ai pu recueillir à l'éponge plus de 700 grammes de liquide. Dans le premier cas, l'épiploon disposé d'une manière un peu spéciale avait partiellement immobilisé les intestins.

Ces expériences démontrent, il me semble, qu'il ne faut pas compter sur l'aspiration pour vider le péritoine. Lorsque des adhérences se sont déjà formées, et que le tube est entouré de fausses membranes rigides, il en est tout autrement. L'aspiration devient très capable d'entraîner la sérosité qui a transsudé dans la fistule péri-tubulaire, mais alors le drain est devenu extra-péritonéal.

C'est peut-être en raison de l'insuffisance des tubes simples, qu'on a songé à utiliser pour le drainage du péritoine la force capillaire.

b) *Drainage capillaire.* — C'est Hegar qui a eu le premier l'idée d'utiliser la capillarité dont l'action est constante. Sa méthode fut d'abord décrite par Kaltenbach en septembre 1881 au congrès de Salzburg (1), puis l'année suivante par Hegar lui-même (2). Wiedow (3) y est revenu en 1884. Kehrer (4) l'avait auparavant légèrement modifiée.

Hégar se servait d'un tube énorme de 3 à 5 centimètres de large sur 18 centimètres de long. Il le remplissait de coton hydrophile phéniqué auquel il a substitué la gaze iodoformée. Ce nouveau tube, spéculum abdominal (Bauchspecu-

(1) KALTENBACH. *Tageblatt der naturforscher Versammlung zu Salzburg*, sept. 1881.

(2) HEGAR. *Cent. f. Gynæk.*, 1882, n° 7.

(3) WIEDOW. *Berlin. Klin. Wochensch.*, 1884, n° 39.

(4) KEHRER. *Cent. f. Gynæk.*, 1882, n° 3.

lum) permettant de voir dans l'abdomen : mais je pense qu'il avait plus d'inconvénients que d'avantages. « Hegar (1) a, depuis un certain temps, abandonné ce spéculum abdominal pour s'en tenir à la gaze iodoformée introduite directement dans le péritoine. » Kehrer emploie un tube plus petit soit en caoutchouc, soit en métal, et il a remplacé la gaze par des mèches de coton. En outre il propose pour faciliter le changement de la mèche de se servir d'une double canule analogue à celle de la trachéotomie.

En Allemagne on a discuté la valeur comparative de la gaze et des mèches de coton. Gersuny (2) reproche à la gaze de laisser échapper des brindilles et de permettre aux bourgeons charnus de pénétrer entre ses mailles. Mais il n'est pas question dans son mémoire de drainage du péritoine. Chroback (3) a cherché à démontrer expérimentalement la supériorité absorbante des mèches. Cependant la gaze est employée par la majorité des gynécologues et il faut reconnaître qu'elle suffit aux besoins.

En 1886, Mikulicz (4) a proposé une méthode qu'on appelle assez communément en France, le drainage de Mikulicz, et qui cependant diffère notablement du drainage. M. Pozzi l'appelle très justement, tamponnement antiseptique du péritoine.

Voici d'abord la technique de la méthode : « Je prends un morceau simple de gaze iodoformée à 20 0/0 de la dimension d'un grand mouchoir. Au milieu de celui-ci est solidement cousu un fort fil de soie aseptique. Le tout est placé avant l'opération dans une solution phéniquée à 5 0/0. La partie intra-abdominale de l'opération terminée, on dispose le

---

(1) C'est M. Pozzi qui parle. *Loc. cit.*, p. 207.

(2) Gersuny. *Cent. f. chir.*, 1887, n° 31, p. 569. C'est lui que presque tous les auteurs français appellent Gersung.

(3) Chroback. *Cent. f. Gynæk.*, 1888, n° 1.

(4) Mikulicz. Ueber die Ausschaltung tœdter Raume aus der peritonealhöhle, etc. *Verhand. der deutscher gesellsch. f. chir.*, 1886, p. 187. *Arch. f. Klin. chir.*, vol., XXXIV, 3 fasc., p. 634, 1886.

morceau de gaze iodoformée en forme de blague à tabac, de façon à ce que le fil de soie soit situé en dedans et que son extrémité libre sorte par le col de la bourse, son extrémité fixe correspondant au fond. On enfonce cette bourse avec une pince droite ou mieux courbe jusqu'au fond du petit bassin. Ensuite on remplit la bourse avec de longues bandes (de 2 à 5) de gaze iodoformée, de façon à ce que ses parois soient partout en contact avec la plaie. Le fil fixé au fond de la bourse sert à l'enlever en la retournant. »

Mikulicz conseille d'employer sa méthode dans les cas où il reste un vaste clapier, un espace mort dont les bords ne peuvent pas être suturés. Son principal but c'est d'isoler ce vaste clapier, de le rendre extra-péritonéal. Il veut obtenir par la production des adhérences qui ne tardent pas à entourer le sac de gaze, ce qu'on obtient dans les cas où cela est possible en suturant les bords du clapier, c'est-à-dire la séparation du foyer d'infection d'avec la grande cavité péritonéale ; mais la méthode a d'autres avantages et voici comment Mikulicz les expose.

1° Le sac de gaze iodoformée sert de tampon hémostatique.

2° Il draine la plaie pelvienne d'une manière simple et parfaite en utilisant la force capillaire.

3° Le tampon de gaze iodoformée maintient la cavité aseptique, et protège le péritoine contre cette source d'infection.

4° Dans les cas où on ne peut pas former un sac avec les enveloppes ou le revêtement péritonéal de la tumeur, le tamponnement isole la plaie pelvienne de la cavité péritonéale. En temps que corps étranger, il détermine partout où le péritoine est normal des adhérences, qui forment en très peu de temps un sac fermé autour de la bourse de gaze. En somme la bourse de gaze iodoformée de Mikulicz représente à la fois un drainage capillaire, et un tamponnement hémostatique, antiseptique et isolateur.

On voit donc que la méthode de Mikulicz diffère assez notablement du simple drainage capillaire, puisqu'elle a pour but non seulement d'évacuer les liquides, mais encore de

faire l'hémostase, d'agir comme antiseptique et de produire des adhérences. Mais si ces deux méthodes sont très différentes dans leur principe, elles ne le sont peut-être pas autant dans leur application. En effet, tous les systèmes de drainage déterminent des adhérences, et ainsi que je l'ai dit en rapportant mes expériences, c'est peut-être l'une des causes de leur efficacité.

Du reste, aujourd'hui, beaucoup de chirurgiens ou gynécologues, la majorité, je crois, sont arrivés à employer un procédé mixte, qui n'est ni celui d'Hegar et de Kehrer, ni celui de Mikulicz (1). Ils n'emploient pas le sac de Mikulicz, mais ils n'emploient pas non plus le tube d'Hegar. Ce procédé fort simple consiste à placer des lanières de gaze iodoformée dont une extrémité repose sur le point dangereux, dont l'autre sort par l'angle inférieur de la plaie abdominale. Il n'est pas douteux que cette lanière de gaze agisse à la fois comme un drain par la capillarité, comme antiseptique par l'iodoforme, comme isolant par la production d'adhérences.

Hegar, autrefois du moins, mettait la gaze iodoformée dans un tube de verre ou de caoutchouc. Par contre M. Pozzi (2) conseille lorsqu'on fait le tamponnement avec la gaze iodoformée de mettre un gros drain « qui sert pour ainsi dire de centre au tamponnement et qui met à l'abri de toute rétention, au-dessous de lui, de liquide trop épais pour filtrer à travers la gaze ».

Que valent ces deux pratiques? Hegar qui a eu le premier l'idée d'utiliser la force capillaire, se servait d'un tube volumineux dans lequel il mettait la substance absorbante. Il paraît qu'il a renoncé à son procédé, et qu'il emploie maintenant les lanières de gaze sans tube. Il semble donc considérer le tube comme plus nuisible qu'utile.

D'autres cependant continuent à se servir de son premier procédé. La gaze introduite directement dans le ventre peut

(1) Pikacek. *Wiener med. Jahrbücher*, 1888, f. 1.

(2) Pozzi. *Loc. cit.*, p. 210.

laisser pénétrer les bourgeons charnus à travers ses mailles; d'autre part, elle n'empêche pas l'orifice par lequel elle sort de se rétrécir, elle ne le maintient pas à un calibre constant. Pour ces deux raisons, il est quelquefois difficile de la retirer, et il peut se produire lorsqu'on l'enlève une légère hémorrhagie. Ce sont là les arguments en faveur du tube. On voit qu'ils n'ont pas une bien grande puissance. Ils ne sont pas de ceux devant lesquels il faut se plier, et je crois qu'on peut laisser au goût de chaque chirurgien la liberté de choisir entre ces deux procédés de drainage capillaire avec ou sans tube.

Le procédé inverse, qui consiste à mettre non pas la gaze iodoformée dans le drain, mais le drain au milieu de la gaze, a-t-il des avantages. M. Pozzi le pense, et M. Routier (1) est du même avis. Le drain dans ce cas a pour but d'assurer l'écoulement des liquides qui ne filtreraient pas au travers de la gaze. On voit en effet quelquefois, lorsqu'on retire la gaze, s'écouler brusquement une quantité assez considérable de liquide. Ce fait s'était déjà produit dans un cas de Kuster (2), et Mikulicz (3) pense qu'il était dû à une faute de technique. D'après lui, la gaze iodoformée n'aurait pas été mise au contact de toutes les parties de la plaie, et la sérosité se serait accumulée dans un diverticule resté libre. En outre l'orifice trop étroit aurait en quelque sorte étranglé la gaze et empêché la filtration du liquide. Il est possible que Mikulicz ait raison ; et il faut certainement prendre soin quand on recourt au tamponnement, de porter la gaze au contact de toutes les parties cruentées, et de laisser l'orifice par lequel elle sort assez grand pour qu'elle puisse y jouer librement et se gonfler en se gorgeant de liquide. Mais en prenant ces précautions, assurera-t-on toujours l'écoulement des sérosités épaisses? C'est là une question que

(1) Communication orale.

(2) KUSTER. Ueber eine besondere methode der Laparo-myomotomie. *Cent.f. gynæ.*, 1885, 41.

(3) MIKULICZ. *Loc. cit.*, p. 644-645.

l'expérience ultérieure pourra seule trancher; en attendant, je pense qu'il est prudent de mettre un drain au milieu de la gaze. Toutefois il est des circonstances où ce drain peut avoir un réel inconvénient. C'est lorsque le tamponnement est employé pour combattre une hémorrhagie en nappe. Si dans ce cas on mettait un tube par lequel le sang pourrait s'écouler, il est bien évident que le but hémostatique du tamponnement serait en partie manqué.

Il résulte de tout ceci :

1° Que le seul mode de drainage qui permette l'écoulement des liquides sécrétés pendant les premières heures qui suivent l'opération, c'est le drainage capillaire.

2° Que tous les drains s'entourent rapidement d'adhérences et qu'en somme ils agissent plus ou moins à la manière du tamponnement, en rendant extra-péritonéaux les foyers dangereux. C'est peut-être à cela qu'est due leur efficacité.

(A suivre.)

L'OPÉRATION CÉSARIENNE MODERNE

MANUEL OPÉRATOIRE (1)

Par le Dr **J. Potocki**, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité.

Manuel opératoire.

Les jambes de la malade sont entourées d'ouate, elle est enveloppée dans une chemise de flanelle; on l'endort au chloroforme; puis on la porte sur la table d'opération où l'opérateur et son assistant procèdent eux-mêmes à la désinfection de la paroi abdominale, après avoir pratiqué le cathétérisme de la vessie. Ils ont à côté d'eux une cuvette contenant une solution faible de sublimé et dans laquelle ils se lavent plusieurs fois les mains dans le cours de l'opération.

La paroi abdominale est savonnée et brossée, on emploie

---

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, décembre 1889.

dans ce but une solution forte de sublimé ; les poils du pubis avaient été rasés au préalable. La paroi, essuyée, est lavée à l'éther qui enlève toutes les matières grasses et on la lave encore une fois avec la solution forte de sublimé. Tout le champ opératoire est ensuite entouré de compresses de gaze qui ont bouilli dans l'acide phénique.

L'opération proprement dite va commencer. Elle comprend les 6 actes suivants :

1° Incision de la paroi abdominale ;

2° Incision de l'utérus ;

3° Extraction du fœtus ;

4° Extraction de l'arrière-faix ;

5° Suture de l'utérus ;

6° Suture de la paroi abdominale.

Ce sont là les actes principaux auxquels viennent s'ajouter des actes secondaires, que je range à part pour plus de clarté :

a. Moyens d'empêcher le passage des liquides et du sang de l'utérus dans le ventre ;

b. Ouverture de l'œuf ;

c. Hémostase provisoire de l'utérus ;

d. Toilette du péritoine ;

e. Pansement immédiat.

Je les décrirai après les temps de l'opération auxquels ils correspondent. Il restera finalement à exposer le traitement des suites de couches.

1° Incision de la paroi abdominale. — Elle est faite sur la ligne blanche et mesure 16 cent. de longneur, c'est-à-dire les dimensions nécessaires pour laisser passer la tête du fœtus à terme.

Elle commence au-dessus de l'ombilic et est continuée jusqu'à deux travers de doigt du pubis, jamais plus bas ; elle est prolongée en haut aux ciseaux, si cela est nécessaire ; ordinairement l'ombilic en occupe le milieu.

Les vaisseaux qui saignent sont provisoirement saisis avec des pinces à pression.

Quand le péritoine est ouvert, on applique sur lui à droite et à gauche et à une certaine distance les unes des autres trois pinces à forcipressure qui l'empêchent de se rétracter et de se recroqueviller en dedans ; cette simple précaution rendra de grands services au moment où on suturera la paroi abdominale.

Puis une éponge (1) montée est introduite dans le cul-de-sac péritonéal antérieur et laissée à demeure pour absorber les liquides. Une autre éponge, également montée, est portée dans le même but à l'angle supérieur de la plaie abdominale vers le fond de l'utérus ; cette éponge s'opposera encore à la hernie de l'épiploon ou de l'intestin très fréquente après l'extraction du fœtus.

a. *Moyens d'empêcher le passage des liquides et du sang dans le ventre.* — Il n'est pas grave que du liquide amniotique normal ou du sang passe dans le péritoine ; quand ces liquides sont aseptiques, ils sont résorbés ultérieurement sans causer d'accidents. Il vaut mieux toutefois éviter leur irruption dans le péritoine.

Mais il est loin d'en être ainsi quand il s'agit de liquide amniotique putréfié, ou même de liquide amniotique d'œuf macéré ou d'œuf ouvert depuis quelque temps sans trace apparente de putréfaction ; ces liquides sont septiques et leur passage dans la cavité péritonéale peut donner lieu à la production d'une péritonite mortelle.

Il faut donc de toute nécessité s'opposer à ce passage ; mais les éponges appliquées comme je viens de le dire ne remplissent qu'en partie l'indication.

Elles ne seraient pas suffisantes en effet pour combler le vide occasionné par la vacuité de l'utérus et laisseraient en conséquence un passage aux liquides pour tomber dans le péritoine. C'est l'assistant qui doit intervenir directement pour empêcher que les liquides ne s'écoulent dans le ventre.

(1) J'emploierai dorénavant le terme d'éponge pour indiquer soit les éponges véritables, soit les sachets de tissu-éponge qui les remplacent.

A cet effet, il appliquera énergiquement la paroi abdominale contre l'utérus ; ses mains appuyant à plat à droite et à gauche de l'incision mettront en contact intime les lèvres de la plaie et la face externe de l'utérus. Puis pendant que l'opérateur procédera à l'extraction du fœtus l'aide suivra le retrait de l'utérus, continuant à appliquer parois contre parois ; de sorte que, au moment où le fœtus ayant entraîné avec lui l'utérus, sera amené au dehors, les deux lèvres de la plaie abdominale arriveront au contact derrière l'utérus sorti de l'abdomen et le péritoine sera bien fermé. Si cette manœuvre facile à exécuter est bien faite, il est impossible que du liquide amniotique ou du sang pénètrent dans la cavité péritonéale.

2° Incision de l'utérus. — La paroi abdominale incisée, l'aide amène l'utérus sur la ligne médiane, s'il est dévié, et applique les lèvres de la plaie abdominale contre la matrice.

Le milieu de la face antérieure de l'utérus est apparent. L'opérateur fait au bistouri une boutonnière de 2 ou 3 centimètres à la partie supérieure de l'utérus, sur la ligne médiane, en incisant doucement s'il est au niveau d'une région fœtale, en allant plus vite s'il est au niveau du liquide amniotique.

Puis il quitte le bistouri et se sert seulement de l'index droit pour achever d'ouvrir l'utérus. Dans cette intention, il introduit l'index en crochet dans la boutonnière précédente et, se servant du doigt comme d'un bistouri boutonné, il coupe l'utérus en descendant verticalement jusqu'à ce qu'il soit arrêté par l'angle inférieur de la plaie abdominale.

L'utérus se laisse déchirer par le doigt avec la plus grande facilité. La plaie qui résulte de cette section est, après rétraction de l'utérus, aussi régulière que celle qui aurait été faite au bistouri ou aux ciseaux ; et ce procédé très expéditif n'expose pas à la blessure du fœtus.

L'incision commence à la partie supérieure de l'utérus à

l'union du fond de l'organe avec le segment moyen ; elle ne doit pas empiéter sur le segment inférieur : en l'arrêtant à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis, cette dernière condition est de ce fait même réalisée.

L'incision doit mesurer 16 centimètres, comme celle de la paroi abdominale, pour laisser passer la tête du fœtus dans sa circonférence sous-occipitale. Si elle n'était pas assez grande, on l'agrandirait aux ciseaux, mais vers la partie supérieure seulement.

b. *Ouverture de l'œuf.* — L'utérus est incisé, reste à ouvrir l'œuf. Quelquefois il est ouvert en même temps que l'utérus ; d'autres fois au contraire son ouverture fait l'objet d'un second acte opératoire.

L'incision peut rencontrer les membranes ou le placenta.

Si elle rencontre les membranes et si on a procédé assez délicatement on peut n'avoir sectionné que l'utérus, l'œuf restant intact ; on rompra alors les membranes avant d'extraire l'enfant. Souvent les membranes se rompent en même temps qu'on ouvre l'utérus, il n'y a pas d'inconvénient à cela ; il faut seulement ne pas être troublé par l'irruption du liquide amniotique et continuer en dépit de cet écoulement l'incision de l'utérus.

Il est clair que si la poche des eaux était déchirée avant l'opération il s'écoulerait peu ou pas de liquide.

L'incision rencontre le placenta, si ce dernier s'insère sur la face intérieure de l'utérus. Est-il possible de reconnaître que l'insertion du placenta se fait en avant, quand l'utérus est encore intact ? Peut-être. Nous avons d'abord pour nous renseigner les signes bien connus fournis par le placenta : consistance spéciale de la paroi utérine à son niveau, circulation plus riche, éloignement des parties fœtales séparées de la main par une masse pâteuse, etc. A ces signes j'ajouterai deux moyens de diagnostic récemment décrits. Halbertsma ponctionne avec un trocart l'utérus sur la face antérieure et aspire : s'il vient du liquide amniotique, on est sur les membranes et non sur le placenta. C'est le contraire

quand l'aspiration n'amène rien ou amène du sang. Le procédé est infidèle. Léopold a remarqué que les ligaments larges convergent en haut et en arrière quand le placenta est en avant, et en haut et en avant dans le cas contraire. Ce fait résulterait du plus grand développement de la moitié antérieure ou postérieure de la matrice sur laquelle le placenta prend son insertion.

Je me hâte d'ajouter que cette reconnaissance du siège du placenta n'a pas grande importance.

Fréquemment donc (1 fois sur 3) on rencontre le placenta; l'incision utérine s'accompagne alors d'une hémorrhagie abondante qui effraie les opérateurs et l'œuf est plus difficile à ouvrir. On peut dire qu'on a affaire dans ces circonstances au *placenta prævia césarien.* C'est une complication qui gêne l'extraction du fœtus et nécessite une conduite particulière, de la même façon que la présence du placenta à l'orifice utérin.

On peut procéder de deux façons.

Ou bien inciser rapidement l'utérus, puis décoller le placenta d'un côté, aller jusqu'aux membranes, les rompre et saisir les pieds du fœtus pour l'extraire.

Ou bien inciser hardiment le placenta au bistouri, et passer à travers la masse placentaire, pour aller chercher les pieds de l'enfant.

Ces deux procédés sont d'ailleurs conseillés dans le cas d'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Dans une de ses opérations, Sänger a traversé le placenta et n'a pas remarqué que cette manière de procéder ait donné lieu à une hémorrhagie d'une gravité particulière. Il vaut donc mieux inciser directement l'utérus là où se trouve le placenta, que de reporter l'incision utérine au delà du bord du placenta, car en cet endroit on serait plus près du hile de l'utérus et on sectionnerait de gros troncs artériels ou veineux dont l'hémorrhagie fort grave pourrait être difficile à arrêter.

Extraction du foetus. — Que l'incision soit tombée sur

les membranes ou sur le placenta l'œuf est ouvert. L'accoucheur saisit ordinairement le fœtus par la partie qui se présente : tête, bras, pieds. Il suffit de soulever simplement la tête pour la dégager des lèvres de l'incision ; si elle oppose plus de résistance on la saisit avec les deux mains Au besoin on agrandit la plaie utérine en coupant aux ciseaux à l'angle supérieur.

Le dégagement du fœtus est souvent impossible par le bras ; on le comprend puisque le fœtus devrait sortir par un mécanisme analogue à celui de l'évolution spontanée. Donc dans les cas ordinaires, on saisira le fœtus par les pieds et on l'extraira exactement comme à la suite de la version pelvienne, en recourant même à la manœuvre de Mauriceau pour dégager la tête, si l'utérus oppose la moindre résistance.

Le fœtus extrait, une pince à forcipressure est appliquée sur le cordon qu'on sectionne ensuite. L'enfant est confié à la personne qui doit lui donner les premiers soins et le ranimer au besoin : frictions, légères flagellations, bains, insufflation...

Extraction de l'arrière-faix. — L'utérus, après la libération de l'enfant, se rétracte immédiatement, et chasse le placenta au niveau de la plaie césarienne. Il n'y a qu'à le saisir avec la main et à le tirer au dehors, mais en procédant doucement, afin de décoller les membranes sans les déchirer.

Si le décollement du placenta ne se fait pas de suite spontanément, on le produit artificiellement, ce qui ne présente aucune difficulté puisque la cavité utérine est sous les yeux.

On examine ensuite le placenta et les membranes pour s'assurer que l'arrière-faix est complet. La main réintroduite dans l'utérus détacherait les cotylédons et membranes encore adhérents : il ne doit rester dans la matrice absolument rien de ce qui appartenait à l'œuf.

On a vu l'utérus s'inverser à travers la plaie césarienne et la face muqueuse, tapissée par le placenta encore adhérent, apparaître au dehors. Si un pareil incident se produi-

sait, il serait très facile de réduire manuellement l'inversion après avoir décollé le placenta, ou d'attendre pour pratiquer la délivrance que la réduction de l'utérus soit obtenue.

c. Moyens employés pour obtenir l'hémostase de l'utérus. — Il ne faut s'occuper d'assurer l'hémostase de l'utérus qu'après l'extraction de l'enfant et du délivre : C'est un précepte dont l'observance tend à se généraliser.

Quels caractères présente l'hémorrhagie dans l'opération césarienne ?

L'hémorrhagie provient de deux sources : 1° la plaie utérine ; 2° la surface d'insertion placentaire.

Étudions-les l'une après l'autre.

L'hémorrhagie produite par la plaie utérine est très abondante, elle est souvent énorme et bien faite pour effrayer celui qui n'a pas assisté à une hystérotomie et qui n'en est pas prévenu. Le sang s'écoule depuis le moment où on a commencé l'incision de l'utérus jusqu'au moment où on serre la dernière suture. Le sang s'échappe de toute l'étendue des lèvres de la plaie, surtout avant l'extraction du fœtus, c'est-à-dire quand l'utérus est encore distendu ; l'hémorrhagie est encore plus considérable quand la zone d'insertion placentaire a été intéressée par la section.

Que faire contre cette hémorrhagie ? D'abord n'en être pas surpris et conserver son sang-froid ; ensuite aller vite, très vite, pour extraire le fœtus. Se rappeler en effet que la plaie ne peut pas revenir sur elle-même tant que l'utérus reste distendu par le fœtus, et que par conséquent l'hémostase spontanée ne peut pas se produire. Quand au contraire l'utérus est vidé, il se rétracte, les lèvres de la plaie, de minces qu'elles étaient, prennent 1 centim., 1 centim. 1/2 ou 2 centim. d'épaisseur ; les vaisseaux ouverts ont dès lors des parois musculaires épaisses qui sont dans la possibilité de faire l'office de ligatures vivantes et d'assurer l'arrêt du sang.

On se gardera donc bien de chercher à obtenir l'hémostase par la forcipressure avant d'extraire le fœtus ; on perdrait à agir de la sorte un temps précieux, non seulement

sans profit, mais encore au grand détriment de la malade. On n'arriverait pas en effet à arrêter le sang, car il sort de tous les sinus utérins, il ne coule pas en jet, mais en nappe ; il faudrait mettre des pinces sur toute la plaie et la constriction des tissus, le mâchonnement du muscle utérin par les pinces, produiraient autant de gangrènes locales, qui empêcheraient pour le moins la réunion de la plaie utérine par première intention. La plaie césarienne de l'utérus est une *plaie obstétricale :* elle n'est pas passible de la forcipressure comme une plaie chirurgicale. Ce qui est indispensable par conséquent, c'est de favoriser son retrait en vidant l'utérus et de laisser le muscle utérin rétracté produire lui-même son hémostase.

On peut voir des artères donner du sang dans le cas où l'incision a été faite trop près du bord de l'utérus : ces artères doivent être liées. Mais quand l'incision a été pratiquée suivant les règles sur la ligne médiane de la face antérieure, on n'observe pas d'hémorrhagie artérielle; cette hémorrhagie est donc la conséquence d'une faute commise dans le manuel opératoire.

Il arrive que l'utérus a beau revenir sur lui-même après la sortie du fœtus, l'hémorrhagie n'en continue pas moins et elle peut être assez abondante pour masquer complètement le champ opératoire et empêcher l'application des sutures.

Il faut y remédier et pour ce faire avoir recours à l'hémostase provisoire. On suspend momentanément le cours du sang dans l'utérus, comme on arrête la circulation dans un membre qu'on va amputer.

Plusieurs procédés permettent d'arriver au but. Les uns, simples, doivent être employés les premiers ; on sera toujours à temps de les remplacer par des procédés plus compliqués quand ils se seront montrés inefficaces. Il sera donc bien d'agir de la façon suivante : L'assistant fléchit exagérément l'utérus et le tord sur son axe ; ce simple mouvement suffit quelquefois à arrêter l'hémorrhagie, car il produit une diminution de calibre des vaisseaux du hile de l'utérus.

La persistance de l'hémorrhagie montre-t-elle que cette manœuvre est insuffisante ? l'aide comprime le pédicule utérin, col et segment inférieur, avec la main : c'est une simple et très bonne méthode. Quelquefois la compression manuelle ne suffit pas à arrêter le sang ; il faut alors recourir à la compression élastique. On applique alors sur le pédicule utérin, un lien de caoutchouc qu'on serre juste autant qu'il est nécessaire pour arrêter le sang et on maintient le tube par une forte pince à pression ou par un clamp, l'aide peut simplement de la main gauche en retenir les deux chefs. La constriction sera modérée. On la maintiendra jusqu'à l'achèvement des sutures profondes et quand celles-ci seront toutes serrées on lâchera peu à peu le caoutchouc pour ne permettre qu'un afflux progressif du sang dans la matrice.

2° La seconde source de l'hémorrhagie n'est pas spéciale à l'opération césarienne, elle se retrouve dans tout accouchement, c'est la zone d'insertion placentaire. L'hémorrhagie à laquelle elle donne lieu est modérée ou insignifiante, quand l'utérus se rétracte et contracte bien ; elle est au contraire énorme, voire même formidable quand l'utérus est inerte.

Contre l'hémorrhagie même, peu à faire au début ; il faut agir contre sa cause : l'inertie utérine.

Massage de l'utérus, pétrissage de l'utérus, injection très chaude à 50°, sont des moyens ordinairement suffisants pour exciter l'utérus. Il sera nécessaire d'y ajouter une injection sous-cutanée d'ergotine ou d'ergotinine ; l'injection sera pratiquée à la cuisse ou en tout autre point ; on a même injecté l'ergotine dans le tissu utérin.

Mais si malgré l'emploi de ces moyens l'hémorrhagie est trop abondante et menace de durer longtemps encore, on appliquera le lien élastique provisoire, qui arrêtera cette variété d'hémorrhagie comme il arrêtait l'hémorrhagie provenant de la plaie utérine. L'hémostase provisoire permettra alors d'attendre sans danger que le massage, l'application de la chaleur, l'ergotine aient eu le temps de faire contracter énergiquement la fibre utérine.

Enfin je puis dire de suite qu'il est des cas malheureux où même après la suture, l'utérus reste inerte et saigne par la plaie placentaire : on s'est vu dans ces conditions obligé de terminer l'opération par l'amputation de l'utérus qui supprimait la source de l'hémorrhagie.

Dans des circonstances exceptionnelles, l'hémorrhagie par inertie utérine a occasionné la mort de l'opérée quelques minutes après l'intervention. Il est donc utile de savoir très exactement ce qu'il convient de faire pour la combattre ; c'est le motif qui m'a déterminé à m'étendre un peu longuement sur ce point spécial.

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

ABSENCE CONGÉNITALE DU VAGIN. — UTÉRUS RUDIMENTAIRE. — TROMPES ET OVAIRES NORMAUX. — OPÉRATION AUTOPLASTIQUE. — CRÉATION D'UN CONDUIT VAGINAL ARTIFICIEL. — GUÉRISON.

Par **Lucien Picqué**, chirurgien des hôpitaux.

La nommée Joséphine D..., âgée de 17 ans 1/2, entre le 9 juillet 1889, salle Pascal, A, n° 16, dans le service de M. Pozzi que je suppléais alors (1).

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de 40 ans, bien portante. Père mort à 30 ans, tuberculeux et alcoolique. Un frère âgé de 20 ans bien portant, une sœur âgée de 20 ans, réglée à 13 ans, et toujours bien réglée depuis cette époque. Aucune malformation congénitale dans la famille.

Antécédents personnels. — A 3 ans, rougeole légère ; n'a jamais été réglée ; à l'époque ordinaire de l'établissement de la menstruation chez la jeune fille, elle n'a éprouvé aucun malaise du côté du bas-ventre ou des mamelles.

(1) L'observation a été rédigée par mon interne et ami M. Laffitte auquel je tiens à adresser mes remerciements.

A l'âge de 16 ans, elle tenta de pratiquer l'acte génital avec un homme vigoureux sans pouvoir y parvenir.

Elle se fait alors examiner en province où un médecin lui déclare qu'elle a une imperforation de l'hymen et lui pratique un débridement qui ne donne aucun résultat. Pendant un an, elle vécut avec le même individu : jamais l'acte génital n'a été possible, mais par contre, il est certain que le coït anal a été pratiqué, étant donnés la largeur de l'orifice anal et le peu de résistance du sphincter. C'est dans ces conditions qu'elle s'est présentée à l'hôpital en demandant avec insistance une intervention chirurgicale.

État actuel. — La malade se présente à l'examen bien conformée pour son âge : les seins sont développés, les muscles volumineux. Le bassin est large, les hanches saillantes. Quand on examine les organes génitaux, tout paraît normal au premier abord : le pubis est recouvert de poils abondants ; les grandes lèvres ont un volume normal, les petites lèvres bien marquées sont de grandeur ordinaire. Quand on écarte celles-ci on voit une dépression minime de 1/2 cent. environ, se terminant en cul-de-sac absolument aveugle. Il y a absence totale de vagin.

Quand on pratique le toucher rectal, on constate que la vessie et le rectum sont au contact et séparés seulement par une cloison cellulo-fibreuse dont on peut approximativement déterminer l'épaisseur en introduisant une sonde dans la vessie et en pratiquant en même temps le toucher rectal. En introduisant le doigt dans le rectum, on sent à une profondeur de 10 centim. environ et sur la ligne médiane une petite masse arrondie de la grosseur d'une petite noisette et qui paraît être l'utérus rudimentaire ; à droite et à gauche de cette masse on sent deux cordons qui roulent sous le doigt et qui paraissent être les trompes normales. Plus haut on perçoit nettement deux corps ovoïdes dont la pression provoque une douleur typique et qui ne sont autre chose que les ovaires.

D'ailleurs aucune tuméfaction, aucune douleur du côté des annexes. Le diagnostic étant ainsi posé, M. Picqué se propose de pratiquer un vagin artificiel en dédoublant la cloison recto-vésicale et ensuite de tapisser le conduit néoformé avec la muqueuse et s'il est nécessaire la peau des parties voisines. L'opération est pratiquée le 22 juillet.

Opération. — La malade est chloroformisée, la vulve rasée et aseptisée. Une incision courbe à concavité supérieure est faite au niveau de la fourchette.

La muqueuse qui tapissait le cul-de-sac vulvaire est soigneusement disséquée, une ligne fibreuse s'insérant au sommet du cul-de-sac est découverte : c'est l'espace qui sépare la vessie du rectum. Avec de grands ménagements et s'aidant des doigts et de la spatule, M. Picqué chemine dans l'espace inter-vésico-rectal : plus la dissection s'avance plus elle devient difficile et l'aide du bistouri devient bientôt indispensable, mais il est manié avec la plus grande prudence, l'index de la main gauche étant dans le rectum et une sonde restant dans la vessie comme guide. Après avoir décollé les deux feuillets de la cloison sur une longueur d'environ 6 cent. M. Picqué s'arrête car le danger de perforation des organes est alors extrême.

La muqueuse vestibulaire qui avait été décollée au premier temps de l'opération sert à tapisser la paroi supérieure du vagin artificiel où elle est fixée par des points de suture au catgut. Quant à la paroi inférieure elle est tapissée par la peau de la région inter-vulvo-anale disséquée et portée par glissement jusqu'au fond de la dépression où elle est également maintenue par des points de suture au catgut.

Un canal vaginal est ainsi artificiellement créé, il est tapissé, mi-partie par de la peau mi-partie par de la muqueuse ; il permet facilement l'introduction de l'index dans une longueur de 6 cent.

Le résultat immédiat est donc excellent.

Les suites opératoires sont très simples, la réunion des lambeaux se fait par première intention. Au bout de 8 jours, la partie profonde du vagin commence à se rétracter, il y a une sorte de bride cicatricielle qui tend à rétrécir le calibre vaginal et à faire perdre une partie du terrain gagné.

On fait une dilatation quotidienne pratiquée à l'aide des doigts, et d'un tamponnement avec de la gaze iodoformée. Grâce à ce traitement la profondeur du vagin reste convenable : le tissu de cicatrice ne fait plus de progrès et quand notre malade quitte l'hôpital le 15 août son canal vaginal est souple et a une profondeur de 6 cent. environ.

Nota. — La malade revient vers la fin d'octobre, elle nous raconte que le canal vaginal a diminué de profondeur et qu'elle a dû revenir à d'anciennes pratiques. L'examen démontre, que le vagin n'a que peu diminué de profondeur, environ 1 cent. ; ce n'est certes pas tant la diminution de profondeur que l'absence

des conditions physiologiques du vagin normal qu'incrimine la malade.

Néanmoins je me décide, sur les instances de la malade, à détacher mes lambeaux, à les reporter plus en arrière du côté de l'utérus. Il m'a cependant été impossible de faire plus que lors de la première opération tant est intime d'adhésion de la vessie au rectum. La malade a toutefois été replacée dans les conditions primitives, c'est-à-dire qu'elle quitte de nouveau l'hôpital avec un vagin d'environ six cent. de longueur.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre, aussi demandons-nous à développer brièvement les réflexions qu'elle nous a suggérées.

Ce cas constitue à mon sens un document intéressant dans la question si débattue de nos jours, de l'origine embryonnaire de l'hymen.

Depuis les travaux de Thiersch, Leuckart, Kölliker, Livius, Furst et Dohrn, on sait que le vagin ou tout au moins une partie du vagin est formée par la fusion des extrémités inférieures des canaux de Müller.

Mais d'où vient le segment hyménal du vagin et l'hymen lui-même ? Les extrémités des conduits de Wolff qui s'ouvrent primitivement dans le sinus uro-génital à peu de distance des conduits de Müller se fusionnent-ils avec ces derniers pour constituer le segment hyménal ? Quelques auteurs citent des cas d'absence du vagin avec léger cul-de-sac vaginal bordé d'un hymen, qui pourraient s'expliquer par la participation des conduits de Wolff à la constitution de ce segment. L'hymen représente-t-il l'extrémité inférieure du vagin, c'est-à-dire des canaux de Müller, saillant dans le vestibule, comme le veut Budin, dont j'ai accepté l'opinion dans mon article de l'*Encyclopédie internationale*. L'hymen, au contraire, est-il une formation externe, comme l'a si brillamment soutenu M. Pozzi à la Société de biologie.

J'ai voulu simplement poser les termes du problème sans prétendre à le résoudre Je ne veux pas davantage tirer du fait que j'ai présenté aucune conclusion : je tiens à faire

remarquer que chez notre jeune fille les organes génitaux externes sont dans un état parfait de développement, qu'il existe une petite dépression, au-dessous du vestibule, et qu'enfin il n'*existe pas trace d'hymen.*

L'existence de la petite dépression peut être aussi bien rattachée au canal vulvaire, qu'à l'extrémité inférieure du vagin. Sa présence ne saurait rien prouver quant à la participation des canaux de Wolff à la formation du segment hyménal quand l'hymen n'existe pas.

Mais l'absence de l'hymen avec une vulve bien formée, tel est surtout le fait qu'il faut retenir; on n'en voit pas la raison si l'hymen est d'origine externe, mais on en comprend facilement l'absence avec un vagin absent, surtout quand le vestige du vagin (cordon fibreux) s'insère sur le fond de la dépression.

Un 2e fait que je ne fais que signaler en passant est l'absence de menstruation chez une femme présentant un utérus dont les ovaires sont *probablement* normaux ou tout au moins présentent un volume normal.

L'utérus est infantile et la muqueuse mal formée ne sait pas répondre à l'incitation partie de l'ovaire, si l'on accepte cette théorie, aussi n'observons-nous aucune rétention de sang menstruel. Peut-être y verra-t-on une confirmation de l'indépendance de l'ovulation et de la menstruation. D'ailleurs cette incitation ovarienne pourrait bien ne pas exister chez notre malade qui n'a jamais ressenti de douleur abdominale à l'époque de la puberté.

Quand il existe une absence du vagin, le chirurgien doit-il intervenir? Quand cette absence de vagin donne lieu à la rétention du sang menstruel le cas n'est pas douteux, mais quand cette complication n'existe pas, que doit-on faire? Déjà dans mon article Absence du vagin de l'*Encyclopédie* j'ai essayé, en m'appuyant sur l'opinion de M. le professeur Lefort, de justifier dans ces cas l'intervention chirurgicale. Théoriquement, en effet, l'opération de complaisance semble pleinement justifiée. Comme dit M. Lefort « le chirurgien doit se rendre

aux désirs de la malade qui tout en sachant bien ne pas pouvoir devenir mère veut au moins rester épouse ».

Or l'opérateur, s'il donne à la malade un canal vaginal, ne saurait fournir à ce dernier des parois possédant des propriétés physiologiques normales. Les confidences de notre malade nous ont montré que l'opération n'avait en aucune façon satisfait ses espérances et je pense que le chirurgien ne devra désormais se résoudre à une intervention que dans des cas vraiment exceptionnels.

Le manuel opératoire doit nous arrêter quelques instants. J'ai suivi dans mon cas le procédé de Dupuytren qui constitue en somme un procédé mixte d'incision et de décollement. Or ce procédé qui semble a priori très simple est en réalité d'une exécution très difficile. Les auteurs n'ont pas suffisamment insisté sur l'extrême densité du tissu cellulaire et sur l'adhérence intime de la vessie au rectum.

Je conseille d'opérer sur deux doigts placés dans le rectum après dilatation préalable de l'anus et de placer en permanence une sonde dans la vessie. Le tissu cellulaire augmente de densité au fur et à mesure qu'on s'avance dans la cloison. Bientôt l'obstacle devient insurmontable.

La 2e difficulté réside dans l'absence d'ampoule au voisinage de l'utérus ; quand il existe une rétention du sang menstruel, on pourra suivre le conseil de Dupuytren et ponctionner l'ampoule avec un trocart. L'opération est alors terminée.

Quand il n'existe pas d'ampoule on doit avec Polaillon redouter la lésion du cul-de-sac péritonéal. Ce chirurgien dans son cas n'avait pas d'ampoule et fit l'opération en deux temps en s'appuyant sur une considération d'ailleurs contestable. On comprend d'ailleurs, qu'il lui était nécessaire d'arriver sur l'utérus puisqu'il y avait rétention avec oblitération du col. Dans mon observation l'absence de sang menstruel me fit renoncer d'aller jusqu'à l'utérus. Je m'arrêtai à environ 2 centimètres, redoutant d'ouvrir non seulement le péritoine, mais une des cavités voisines. Je me contentai d'un

vagin de 6 centimètres sachant bien qu'il ne serait guère suffisant, ce que la suite me démontra : et c'est une nouvelle raison pour laquelle on devra se montrer très ménager d'une opération de complaisance, quand il n'existe pas de rétention sanguine.

Ne voulant pas avoir à lutter contre la rétractilité cicatricielle à l'aide de moyens comme les cylindres gradués et le pessaire Gariel, que je considère comme fort insuffisants, j'eus recours à l'autoplastie par glissement ainsi qu'il a été dit dans l'observation, tapissant le vagin nouveau en haut par la muqueuse vestibulaire en bas par la peau de la région inter-vulvo-anale.

Le résultat immédiat fut bon, mais je tiens à signaler une cause d'échec contre laquelle il me semble difficile de lutter.

Que l'on emploie la greffe simple ou le lambeau véritable, l'angle dièdre qui forme le fond de la cavité est le siège d'un travail cicatriciel qui a la plus grande tendance à refouler le lambeau en dehors et à combler peu à peu la cavité, même lorsque le lambeau ou la greffe sont fixés directement sur cet angle. Il est évident que le tissu cicatriciel très dense qui forme cet angle doit avoir de grandes difficultés à adhérer à la face cruentée du lambeau, et si cette adhérence n'est pas intime je crois que le refoulement du lambeau est fatal.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

Par **Sænger** (1). Traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

I. — Importance de la blennorrhagie. Sa fréquence. Sa nature infectieuse.

Comme on le sait, Nöggerath a été le premier, dans sa monographie parue en 1872, « *La blennorrhagie latente chez la*

(1) Communication faite à la *Medicinischen Gesellschaft* de Leipzig.

femme », à attirer l'attention sur les conséquences graves de l'infection gonorrhéique chez la femme.

« La femme de tout homme qui, antérieurement au mariage, a eu une blennorrhagie, dit-il, est à de très rares exceptions près, affectée de gonorrhée latente. Ce fait n'aurait pas été suffisamment mis en lumière par suite de diverses circonstances.

« Les médecins admettent à présent qu'une blennorrhagie chez l'homme, qui a cessé de manifester son existence par un des phénomènes pathologiques, tels que : humidité, suintement ou agglutination du méat urinaire, prurit, douleurs en urinant, est réellement guérie. Or, cette opinion est fausse pour l'immense majorité des cas, et je ne crois pas exagérer en affirmant qu'à mon sens, 90 p. 0/0 des blennorrhagiques restent *non guéris*. Du moins, sur cent femmes, mariées à des hommes qui ont eu une blennorrhagie en apparence disparue, c'est à peine s'il s'en trouve 10 de saines ; quant aux autres, elles souffrent à un moment donné, d'une des affections que le présent mémoire a pour but de définir. De plus, nous pouvons sûrement admettre que chez telle ou telle des dix femmes d'abord épargnées, une cause occasionnelle quelconque suffira à faire se manifester, plus ou moins tôt, la maladie restée latente jusqu'alors. »

Il n'a pas été fait de recherches sérieuses pour vérifier si l'estimation de Ricord et de Nöggerath, que, pour les grandes villes, sur cent hommes, 80 ont eu la blennorrhagie correspond à la réalité ; cette enquête d'ailleurs se heurte à de grosses difficultés. Toutefois, il est permis de croire que Nöggerath a poussé trop loin son pessimisme en acceptant que ces 80 p. 0/0 cas, représentaient des cas « latents », incurables.

Schwartz qui, cependant, se rangeait volontiers à l'idée de l'extrême fréquence de la blennorrhagie chez l'homme, estimait que 10 à 15 p. 0/0 seulement des contaminés, étaient affectés d'une blennorrhagie chronique, relativement incurable. Mes évaluations personnelles de la fréquence de la blennorrhagie chez la femme concordent entièrement avec ces chiffres de Schwartz.

Dans le travail que je communiquai au congrès gynécologique de Munich, je constatai que sur un ensemble de 1930 cas, j'avais trouvé 230, soit 12 p. 0/0, infections blennorrhagiques ; depuis, sur 161 autres cas, étudiés avec un soin tout spécial, j'ai relevé l'affection blennorrhagique 29 fois, soit dans 18 p. 0/0 des cas.

On peut admettre qu'au moins 1/8 des femmes qui se présentent à la consultation d'un gynécologue sont atteintes de blennorrhagie.

Les gynécologues sont particulièrement conduits à apprécier l'importance capitale de la gonorrhée sur les organes génitaux féminins par la notion, que, dans plus du tiers des ménages stériles, on trouve la gonorrhée chez les deux conjoints et presque aussi souvent l'infécondité chez le mari.

On peut, pour prouver combien profondément cette influence inquiétante de la blennorrhagie se fait sentir dans la famille et dans l'État, rappeler les chiffres que Chervin a fournis d'après les résultats du dernier recensement de la population en France, sur le nombre des enfants d'une famille (*Bull. de l'Acad. de méd.*, octobre 30, 1888).

	20	0/0	des ménages	étaient stériles			
Dans	24	0/0	—	—	il était né	1	enfant
»	22	»	—	—	—	2	»
»	15	»	—	—	—	3	»
»	9	»	—	—	—	5	»
»	3	»	—	—	—	6	»
»	2	»	—	—	—	7	»

Ainsi, sur 100 ménages, il était né 258 enfants, chiffre qui précisément suffit au maintien de la population.

Eu égard au 44 0/0 des ménages sans enfants ou avec seulement un enfant, on est autorisé à dire, qu'en France, déjà, ce n'est plus le système à deux enfants (Zwei Kindersystem), mais le système à un et à aucun enfant (Ein und Keinkindersystem) qui prédomine.

Que ce soit la gonorrhée qui influe le plus et d'une façon désastreuse sur ces chiffres, le fait est hors de contestation.

Les preuves d'une opinion aussi grave et qui réclame, au plus haut degré, l'attention même de l'économiste, sont fournies par la gynécologie ; elles seront exposées plus loin.

Nous trouvons encore une preuve de la fréquence de la blennorrhagie de la femme dans la fréquence même de la gonorrhée chez les nouveau-nés. Sur 389 femmes, observées à la Clinique obstétricale de Leipzig pendant l'année 1879, par conséquent avant l'usage des instillations prophylactiques de Crédé, je constatai chez cent

d'entre elles des écoulements purulents produits par l'infection gonorrhéique, soit 26 sur 100; Oppenheimer pour la Clinique d'Heidelberg a obtenu le chiffre de 27 0/0; or, 40 0/0 des enfants, issus de ces 100 femmes, vinrent au monde avec de la blennorrhée.

En ce qui concerne la propagation, les dangers et le traitement de celle-ci, Lamhofer s'est, récemment, expliqué ici même dans un travail excellent.

Si les véritables causes de ces maladies d'yeux étaient mieux connues du public, cette connaissance pourrait au moins servir à combattre peu à peu le dédain et l'indifférence que l'on professe quant aux reliquats de l'infection gonorrhéique.

L'opinion que la gonorrhée est une maladie infectieuse, intéressant surtout les organes génitaux et urinaires, a trouvé sa démonstration dans la découverte par Neisser, en 1879, d'un microbe spécifique, le diplococcus (gonococcus) de Neisser (*diplococcus Neisseri*).

Semblables par leur forme à des grains de froment ou de café, ces coccus constituent de petits amas, situés dans les cellules, et sans réaction spécifique de coloration. Ils pénètrent à travers l'épithélium intact et entre les cellules épithéliales jusqu'au corps papillaire. A ce niveau, ils déterminent une infiltration inflammatoire et de la suppuration. Les globules du pus, cheminant entre ou à travers les élements épithéliaux, parviennent à la superficie, ou bien demeurent libres par la chute du revêtement épithélial ou par la formation de lacunes dans celui-ci. Leur présence a été constatée dans les sécrétions de l'urèthre, des glandes de Bartholin, du vagin, du rectum et du péritoine. Leur rôle comme facteurs étiologiques de l'ophthalmie gonorrhéique a été établi aussi bien par la démonstration de la présence des diplococcus, que par les inoculations (Zweifel).

On a encore observé la localisation de la gonorrhée sur la muqueuse du nez, et même sur la muqueuse buccale, mais on n'a pas, d'une manière indiscutable, établi la présence des gonococcus. Bumm a réussi pour la 1re fois à obtenir des cultures pures de gonococcus dans le sérum humain (sérum placentaire). Il obtint, au bout de 38 jours, la 20e culture pure, et elle avait conservé encore complètement les propriétés infectieuses du gonococcus.

La constance du gonococcus de Neisser n'est pas, il est vrai, encore reconnue par tout le monde; elle a été contestée récem-

ment par Zeissl dans un travail tout à fait à la hauteur des connaissances actuelles. Cependant, la plupart des syphiligraphes et des gynécologistes s'accordent à voir dans ce micro-organisme, l'agent spécifique des affections blennorrhagiques. Malheureusement, il est très difficile de mettre, par l'examen microscopique, ces *cocci* sûrement en évidence.

Bockhardt et Bumm ont même décrit 5 types différents de *pseudo-gonococci*, qui se rencontrent dans les sécrétions de l'urèthre et du vagin, mais qui ne se trouvent jamais ni au-dessous, ni dans l'épaisseur de l'épithélium, ni dans l'intérieur des éléments épithéliaux. Malheureusement, comme en général, on ne fait que l'examen des sécrétions, il est souvent fort difficile de distinguer les uns des autres, les *gonococci* vrais et les *pseudo-gonococci*. En outre, il arrive que précisément dans les processus graves, déterminés par l'infection gonorrhéique, par exemple dans le cas d'une pyosalpingite, et, en général, dans les formes chroniques de la gonorrhée, *les gonococci* font défaut, ou tout au moins leur présence est intermittente; en sorte qu'on les rencontre dans un cas, et qu'on ne les trouve pas dans un autre.

D'autre part, la recherche et l'appréciation de la signification pathogénique des *gonococci* se complique de difficultés considérables par le fait des infections mixtes, qu'il s'agisse de pseudo-gonocoques ou de staphylocoques, de streptocoques ou de bacilles tuberculeux.

Bumm, à l'aide de recherches bactériologiques, moi-même, par l'analyse des faits cliniques, sommes arrivés à cette conclusion, que l'*infection gonorrhéique est une maladie purement superficielle*, qu'elle ne dépasse pas le tissu sous-épithélial, et que les phlegmasies et les suppurations plus profondes sont toujours les effets d'une infection mixte.

De même la cystite (cysto-urétéro-pyélite), la bartholinite suppurée, sont sous la dépendance d'infections mixtes, la première avec le *diplococcus flavus*, la seconde avec le *streptococcus*.

L'infection gonorrhéique, survenant pendant les suites de couches, a une importance toute spéciale, soit qu'elle se combine avec des processus puerpéraux septiques, soit qu'elle se développe seule.

Dans un travail, communiqué au 1er congrès de gynécologie, j'ai montré que précisément les formes les plus graves de l'infection

blennorrhagique surviennent après l'accouchement et j'ai indiqué les signes qui permettent de les distinguer des processus puerpéraux purs.

Pleinement convaincu de la légitimité de l'opinion de Neisser que le gonococcus est bien l'agent spécifique de la blennorrhagie aiguë et chronique, je me suis cependant, en raison de l'incertitude de la démonstration bactériologique, placé au *point de vue clinique.*

La valeur diagnostique que j'accorde aux phénomènes cliniques, surtout après avoir spécifié que je ne méconnais pas l'importance du gonococcus de Neisser, sera sans doute bien vue de la plupart des gynécologues.

Cette valeur diagnostique des phénomènes cliniques, toujours prépondérante, et même encore plus grande qu'autrefois par suite de la connaissance récente *de plusieurs symptômes* et de certaines circonstances démonstratives, se fortifie encore du fait que des hommes comme Oberlaender, qui a contribué pour une large part aux progrès du diagnostic de la blennorrhagie de l'homme, s'en tiennent exclusivement à elle.

Il est certain que, dans la question actuelle, l'examen bactériologique isolé, qui repose en quelque sorte exclusivement sur l'examen microscopique, est tout à fait borné, insuffisant et illusoire.

II. — Diagnostic clinique de la blennorrhagie.

Les conditions qui constituent le *critérium* clinique, sur lequel s'établit le diagnostic de la blennorrhagie chez la femme sont les suivantes :

1° *Démonstration de l'existence chez l'homme de la gonorrhée, soit aiguë, soit chronique.*

2° *En l'absence de constatation directe, renseignements formels fournis par la femme ou par le médecin, quant à l'existence de la gonorrhée chez l'homme.*

Le fait de la persistance d'une infection gonorrhéique *grave* dans les parties profondes de l'urèthre de l'homme, après 10, 15 et même un plus grand nombre d'années, est démontré de la manière la plus claire par la production des rétrécissements de l'urèthre. Si l'on n'admettait pas la continuité de l'existence et de l'activité du processus infectieux, il serait impossible de s'expliquer la produc-

tion des rétrécissements à une période aussi éloignée de l'infection aiguë.

La transmission de la blennorrhagie d'un homme infecté plusieurs années auparavant à une vierge saine, a la valeur d'une expérience clinique.

3° *Ophthalmie blennorrhéique d'un ou de plusieurs enfants.*

Il ne faut jamais négliger, si l'on soupçonne la gonorrhée, de s'informer discrètement, si les enfants n'ont pas été atteints d'affection oculaire.

4° *Catarrhe purulent, concomitant ou antérieur, des voies urinaires, en l'absence de toute autre étiologie.*

A l'heure actuelle, il ne paraît plus douteux que le catarrhe purulent des voies urinaires ait une origine hétérogène et infectieuse. La plupart du temps, on réussit à dégager les véritables causes d'un catarrhe de la vessie; par exemple, à montrer qu'il est la conséquence d'un cathétérisme impur.

Les catarrhes vésicaux consécutifs à une infection gonorrhéique, qui, comme il a été dit, témoignent d'une infection mixte, ne sont spontanés qu'en apparence : la muqueuse uréthrale, affectée de gonorrhée, constitue une sorte de pont sur lequel, favorisés peut-être par des manœuvres externes même d'ordre thérapeutique, arrivent facilement de l'extérieur les véritables agents du catarrhe de la vessie. Tandis que, dans le catarrhe vésical indépendant d'une infection gonorrhéique, l'urèthre conserve son intégrité antérieure, dans le cas d'infection gonorrhéique, c'est précisément l'urèthre qui, après un long temps, atteste encore, par la persistance même de son état morbide, que celui-ci est la conséquence de la blennorrhagie.

5° *Maladie des glandes de Bartholin.* — Il est, d'une façon générale, fort douteux qu'il existe des inflammations et des catarrhes non gonorrhéiques des glandes de Bartholin ; et, s'il s'en rencontre c'est tout au plus s'ils sont par rapport aux processus gonorrhéiques de ces glandes dans le même rapport que les uréthrites, non spécifiques, très rares, avec les uréthrites gonorrhéiques. Il n'est pas nécessaire que la sécrétion qui s'écoule ou qu'on fait sourdre des glandes soit purulente ; un écoulement muqueux, abondant, suffit à démontrer l'existence de la gonorrhée.

Il est un signe de la bartholinite d'une importance spéciale. C'est une tache rouge-pourpre, sombre, de la grosseur d'une len-

tille, et rappelant une piqûre de puce, qui siége autour de l'orifice souvent double de la glande. Je la désigne sous le nom de « *macule gonorrhéique* ». Si on la constate des deux côtés d'une façon nette, en même temps qu'une rougeur spéciale du méat urinaire, on peut, sans aucun complément d'exploration interne, affirmer l'infection blennorrhagique.

6° *Condylomes acuminés.*

Personne ne conteste la spécificité de ces lésions, bien qu'on n'ait pas réussi à les reproduire par des inoculations de sécrétion gonorrhéique. Il suffit donc, dans l'espèce, de la constatation formelle d'un ou de plusieurs petits condylomes caractéristiques, à la vulve, sur les fesses, au vagin, sur la portion vaginale du col, pour poser sûrement le diagnostic de l'infection gonorrhéique.

7° *Écoulement purulent ou muco-purulent au niveau du col, en l'absence d'érosions ou de pseudo-érosions de l'orifice externe.*

La théorie d'après laquelle les érosions du col sont la conséquence de l'action irritante des sécrétions utérines sur les tissus cervicaux n'est pas justifiée. Rien ne le prouve mieux que l'absence même de ces érosions chez les nullipares avec un orifice externe cupuliforme, alors même qu'il existe une sécrétion purulente abondante. Ces dernières conditions sont caractéristiques de la gonorrhée.

8° *Maladie des annexes de l'utérus et du péritoine pelvien.*

Dans l'étiologie de la salpingite, de la péri-salpingite, de l'ovarite, de la péri-ovarite, la gonorrhée tient le premier rang; puis viennent l'infection des plaies, l'actinomycose.

Si l'on peut, abstraction faite de l'actinomycose, éliminer en raison des anamnestiques et du défaut de preuves cliniques, l'idée d'une infection septique, il ne reste plus qu'une hypothèse pour expliquer un processus inflammatoire infectieux des annexes, surtout quand il est bilatéral, qu'il résiste longtemps au traitement et qu'il récidive souvent. Il a sa cause dans la gonorrhée. D'autre part, la maladie gonorrhéique, chez les femmes à stérilité absolue ou relative (1 enfant), est dans une proportion élevée, une des causes de l'infécondité. Car, lorsqu'il y a inflammation blennorrhagique de l'orifice externe avec extension par en haut, la stérilité est la règle.

Je tiens à affirmer ici, qu'indépendamment de ces 8 conditions qui constituent le *critérium* clinique, je reconnais, particulièrement

pour les cas douteux, l'importance de la démonstration de la présence des *gonococcus*. Mais, je ne puis accorder à l'examen bactériologique la valeur diagnostique capitale que lui attribuent précisément les auteurs mêmes qui ont fait ressortir les difficultés et l'incertitude de cet examen. Si la preuve bactériologique était passible de cette application, elle devrait être infaillible. Or, dans des cas particuliers, par exemple, quand il s'agit de maladie grave des annexes de l'utérus, elle ne peut être faite.

III. — Localisations de la blennorrhagie.

En ce qui concerne la *localisation de l'infection gonorrhéique* sur les différents points de l'appareil génito-urinaire, les opinions professées encore il y a peu de temps, s'écartent de celles en faveur à l'heure actuelle.

On considérait jadis, indépendamment de la vulve avec ses glandes, le vagin comme un des sièges principaux de la blennorrhagie chez la femme. En réalité, cet organe, dans le plus grand nombre des cas, ne fait que recevoir les sécrétions qui lui viennent de l'utérus, sans en fournir lui-même.

Steinschneider et Fabbry ont montré que, chez la femme, comme chez l'homme, l'urèthre est le plus fréquemment le siège de la gonorrhée aiguë.

Au contraire, dans les formes chroniques de l'infection, il est très fréquent de ne relever aucune trace d'uréthrite. Néanmoins, celle-ci peut avoir existé antérieurement et être définitivement guérie.

Il n'est pas rare toutefois dans des cas où l'on trouve de la rougeur du méat urinaire, où l'urèthre fournit une sécrétion purulente, de constater un épaississement et une induration remarquables, résultat de l'uréthrite interstitielle et de la péri-uréthrite d'origine gonorrhéique.

L'urèthre de la femme comme celui de l'homme, mais beaucoup plus rarement, peut subir des rétrécissements.

Les catarrhes suppurés de la vessie, des uretères, des bassinets, consécutifs à la gonorrhée se rencontrent chez la femme plus rarement que chez l'homme, ce qui est en rapport avec la plus faible importance de l'uréthrite; ils sont, ainsi que nous l'avons dit plus haut, toujours les effets d'infections mixtes, associées surtout

au diplococcus flavus ou au staphylococcus. Et de ce fait, ils présentent même, dans certains cas, une malignité spéciale. J'ai vu plusieurs de ces cas, consécutivement à l'apparition d'une néphrite suppurée, se terminer par la mort.

Ainsi que je l'ai montré, il est possible de diagnostiquer sûrement cette extension de la maladie par la palpation du vagin, les uretères atteints par le processus étant épaissis et douloureux.

La *vulve*, quand elle est tapissée d'une muqueuse fine, est la plupart du temps, concurremment avec l'urèthre, le siège de la gonorrhée. Mais, à son niveau, le processus aigu rétrocède encore plus rapidement et plus tard, dans la période chronique, on ne constate d'autre altération qu'une rougeur d'aspect spécial, à mouchetures sombres, se détachant sur un fond blanc jaunâtre, strié. D'autre part, il n'est pas rare, en l'absence de soins de propreté et d'un traitement convenable, que, sous l'influence d'une suppuration abondante, il se produise des érosions cutanées, de l'eczéma et même des ulcérations profondes de la peau.

Les *glandes de Bartholin*, ainsi qu'il a été dit plus haut, sont souvent, aussi bien au niveau du canal excréteur que des lobules glandulaires, le siège de la blennorrhagie. Et souvent, elles arrivent à suppuration par la pénétration jusqu'à la glande, durant la période aiguë, de staphylocoques : bartholinite suppurée.

Nous avons déjà signalé la rougeur, d'aspect moucheté, caractéristique de l'infection (*macule gonorrhéique*). Les kystes de la glande de Bartholin, à contenu muqueux, toujours d'origine gonorrhéique, sont produits par l'oblitération du canal excréteur, consécutive à un catarrhe.

L'infection gonorrhéique pure de la vulve et de ses glandes ne détermine jamais l'engorgement des ganglions inguinaux. — Lorsque ces ganglions sont tuméfiés, enflammés, suppurés, c'est qu'on se trouve en présence d'une infection concomitante par des staphylocoques ou par des streptocoques.

Le *rectum* n'est que rarement le siège de l'infection gonorrhéique, sans doute parce que celle-ci ne se localise sur cette région que dans des circonstances spéciales. Peut-être même cette localisation n'est-elle le plus souvent que la conséquence d'une auto-infection, dont l'agent est le doigt, et le foyer d'origine les parties génitales. Le stade chronique se distingue par la formation d'ulcères, de cicatrices variables, disséminées, qu'il est difficile de

distinguer des lésions de la rectite syphilitique et tuberculeuse.

Comme nous l'avons dit plus haut, il est commun que le vagin échappe à l'infection gonorrhéique, en raison probablement de son épithélium pavimenteux résistant. Toutefois il est certain, et l'éventualité n'est pas rare, que cet organe peut être lui-même affecté, et précisément, lorsque cet épithélium est naturellement très fin ou qu'il subit un amincissement passager ou définitif, qui favorise la pénétration des gonococcus : ainsi dans l'enfance, chez les sujets jeunes, dans la vieillesse, chez les femmes enceintes, et même, ainsi qu'en témoignent de nombreuses observations personnelles, chez des adultes à peau fine, à muqueuses délicates (personnes à cheveux rouges).

La vaginite gonorrhéique, en particulier chez les femmes enceintes, provoque la formation de petites nodosités, parfois extrêmement nombreuses, et de structure adénoïde, dites granulations. C'est la vaginite granuleuse, qu'on diagnostique plus souvent qu'elle n'existe en réalité, par la raison qu'on confond très facilement les granulations avec les papilles normales du vagin. Les condylomes acuminés paraissent d'ailleurs émaner de celles-ci.

Le siège principal de la gonorrhée, dans les parties génitales internes, est, ainsi que l'ont démontré Bumm, Lomer, Schwartz et d'autres, par l'examen bactériologique : le col de l'utérus. Les plis palmés, avec leurs nombreux replis, leurs sinuosités, leurs dépressions, constituent des nids très favorablement disposés pour la multiplication des *gonococci*, et d'où il est fort difficile de les déloger. En général, ils sont amenés à ce niveau directement par le coït ; et l'étroitesse de l'orifice externe ne constitue que rarement un obstacle à leur pénétration.

Si Winter a démontré que le corps de l'utérus, les conditions étant normales, ne contient aucune espèce d'organismes, ce sont sûrement les *gonococci* qui, la plupart du temps, pénètrent les premiers dans une cavité utérine jusqu'alors normale. Peut-être, le corps de l'utérus serait-il encore plus fréquemment le siège de l'infection gonorrhéique, si les éruptions menstruelles n'étaient pas défavorables à leur nidation ; toutefois, elles ne sont pas plus capables de l'empêcher sûrement que les processus puerpéraux exfoliatifs.

Il est probable que l'extension de l'infection gonorrhéique du col au corps s'opère par le courant produit par les cils vibratiles.

Les *gonococci* à travers les orifices glandulaires, parviennent jusqu'au tissu décidual, et y déterminent fréquemment une infiltration purulente, abondante. J'ai pu m'en convaincre, à maintes reprises, par l'examen de morceaux de muqueuse obtenus par le raclage. Or, si l'on songe, qu'il peut même se former des abcès petits et nombreux, il est aisé de comprendre, pourquoi l'endométrite gonorrhéique se complique si souvent d'hémorrhagies et d'avortement. Toutefois, la grossesse, en certains cas de maladie grave de la caduque, même avec suppuration entre ces membranes, peut aller jusqu'à terme, ainsi que l'a signalé Donat à propos d'un cas que j'ai également observé.

Dès que l'infection gonorrhéique a affecté la cavité de l'utérus et a atteint les orifices tubaires, elle peut se propager dans la trompe elle-même. Sans doute, l'étroitesse de ces orifices et le sens du courant produit par les cils vibratiles, sont des conditions de nature à gêner cette propagation ; toutefois, elle s'effectue encore assez fréquemment. Il se développe alors une salpingite aiguë suppurée, qui, comme l'ont démontré les recherches de Freund, n'affecte immédiatement la trompe dans toute sa longueur, que si elle a une direction rectiligne.

Lorsqu'au contraire, elle rappelle par sa forme le type embryonnaire, qu'elle est sinueuse, contournée, elle n'est pas atteinte simultanément dans toutes ses parties. La salpingite simple, consécutive à une oblitération complète ou partielle de l'orifice abdominal, peut aboutir à un pyo-salpinx, et donner lieu à des poches de pus, semblables à des abcès, et de la grosseur d'une tête d'enfant.

Mais, dans certains cas, sous l'influence d'une inflammation chronique de la paroi tubaire, celle-ci subit un épaississement concentrique (salpingite interstitielle). Westermark, Orthmann et Adolphe Schmidt ont démontré dans le pus de la trompe affectée de salpingite gonorrhéique, la présence de gonocoques. Il est probable qu'ici encore se produisent des infections mixtes avec le staphylocoque et le streptocoque probablement, sûrement avec le bacille tuberculeux.

La propagation de l'infection gonorrhéique aux ovaires, aux ligaments larges, s'effectue le plus souvent de la manière suivante. Sous l'influence d'un traumatisme, parfois très léger, tel que l'effort fait pour soulever un objet un peu lourd, consécuti-

vement à un mouvement brusque, à une pression violente, etc., une petite quantité de pus jaillit dans la cavité péritonéale et y provoque une inflammation violente. En général, il s'agit d'une pelvi-péritonite gonorrhéique pure, spéciale en ce qu'elle se limite au péritoine pelvien. On n'a jamais encore décrit l'apparition chez les adultes d'une péritonite généralisée, purement gonorrhéique, formellement constatée. Mais on a cité des cas dans lesquels, après l'irruption du pus dans la cavité abdominale, la mort est arrivée au milieu de phénomènes graves, et sous les allures d'une péritonite septique aiguë.

Il n'est jusqu'ici qu'un seul cas, celui cité par Ceppi, où dans le pus d'un exsudat pelvi-péritonitique évacué par le vagin, on ait démontré la présence de gonocoques.

Les tentatives d'inoculation dans la cavité abdominale d'animaux à sang chaud sont constamment restées négatives.

Contrairement à l'opinion de Nöggerath, les ovaires ne sont pas une des localisations principales de la gonorrhée. Ils ne deviennent malades que secondairement, et d'abord superficiellement, par la participation de la tunique albuginée à la phlegmasie superficielle du côté affecté.

En conséquence, il s'agit toujours au début d'une péri-ovarite, qui s'accompagne souvent de dépôts exsudatifs abondants. Ce n'est que consécutivement à la résorption de ces exsudats, et à l'établissement d'adhérences cicatricielles étendues, que s'installent des processus morbides du parenchyme ovarique, sous la forme d'ovarite chronique atrophique, ou que se forment des kystes qui ont pour point de départ les troubles survenus dans la circulation de l'organe.

Les abcès de l'ovaire, toujours le résultat d'infections mixtes, sont très rares. Quand il s'en produit, ils sont, en quelque sorte, le continuation directe des abcès tubaires et des dépôts exsudatifs suppurés.

Enfin, d'une manière exceptionnelle, il est vrai, les agents pyogènes peuvent arriver jusqu'à l'ovaire par le hile de l'organe (j'en ai vu un exemple formellement constaté à l'autopsie), à la faveur de la perforation d'un pyo-salpinx entre les feuillets des ligaments larges.

La gonorrhée de la trompe s'accompagne presque constamment d'un processus phlegmasique du péritoine pelvien et de la tunique

albuginée de l'ovaire, sans qu'il y ait nécessairement formation d'exsudats. En raison, en quelque sorte, de la sympathie pathologique que présentent ces 3 régions des organes génitaux internes, on a désigné, dans ces derniers temps, sous la dénomination de « *maladie gonorrhéique des annexes uni ou bilatérale* », le complexus morbide, qu'on appelait autrefois et même encore « *périmétrite* ». Or, ces deux expressions ne sont pas heureuses. Quand au début la trompe est seule malade, le terme de *salpingite* est préférable; plus tard, lorsque l'ovaire et les ligaments larges sont eux-mêmes affectés, mieux vaut dénommer cet état « *pelvi-péritonite latérale* » (droite, gauche). Et l'on réservera pour la péritonite proprement dite, c'est-à-dire pour le processus phlegmasique et exsudatif de l'espace de Douglas, l'expression de *pelvi-péritonite postérieure*. »

Nöggerath voyait dans le péritoine pelvien le siège principal de l'infection gonorrhéique externe, aussi admettait-il trois variétés de cette inflammation : a) aiguë; b) rémittente; c) chronique; auxquelles, comme quatrième forme, fut ajoutée l'ovarite.

Mais j'ai fait voir, que le siège principal est dans les trompes, et que ces organes sont bien les véritables foyers d'origine des attaques réitérées de péritonite. Aussi, toutes les fois qu'on trouve une affection des annexes, et concurrement l'ensemble des symptômes que nous venons de tracer et qui témoignent de l'existence d'une infection gonorrhéique, on peut, à coup sûr, affirmer que les trompes sont malades.

Si, par l'examen des faits cliniques, j'ai été conduit à estimer que l'extension de la gonorrhée aux annexes a lieu environ dans 1/3 des cas, je sais très bien qu'il m'est impossible de donner ce chiffre comme absolu. Toutefois, il exprime le résultat de recherches minutieuses et de beaucoup de soins dans la détermination de ce rapport.

Adolph Schmidt a tenté récemment, par l'examen de 100 cas, principalement aigus, d'infection gonorrhéique (prostituées, filles de service, etc.), où la présence des gonocoques avait toujours été démontrée, de déterminer le rapport centésimal des cas, dans lesquels les annexes étaient atteintes. Il a trouvé pour ce rapport 23,3 0/0. Toutefois, il déclare être très disposé à abaisser ce chiffre de 23,3 0/0, à 5 p. 0/0, mais sans justifier d'aucune manière cette restriction.

Or, si relativement aux cas aigus, Schmidt est arrivé à un tel

chiffre, il est certain que pour les cas chroniques il doit être beaucoup plus élevé ; car, c'est principalement dans la période chronique, que s'effectue l'extension de la gonorrhée aux trompes.

Mais, comment se fait-il que dans tel cas l'infection tubaire affecte une malignité extraordinaire, aboutissant par exemple à la formation de collections purulentes énormes, à la suppuration des parois de la trompe, à leur perforation dans la cavité abdominale, dans l'intestin, tandis que dans tel autre, elle se montre relativement bénigne, sans aucun caractère destructif ; c'est là un côté de la question qui n'est pas encore complètement élucidé. Peut-être ces différences sont-elles en rapport avec le nombre et le degré de virulence des micro-organismes apportés, comme avec l'ensemble des conditions anatomiques.

L'état anatomique, que j'ai constaté dans mes salpingo-oophorectomies, m'a persuadé que la salpingite gonorrhéique suppurée est capable de guérison, que toutefois celle-ci ne s'effectue qu'après l'établissement d'adhérences, et oblitération de l'orifice abdominal des trompes, lésions incompatibles avec une *restitutio ad integrum* complète.

Souvent même ces lésions favorisent l'apparition d'états pathologiques divers tels que l'hydrosalpinx et la grossesse tubaire, qui, par suite, sont, en beaucoup de cas, les conséquences de l'infection gonorrhéique.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 *janvier* 1890.

Présentations : DOLÉRIS. a) **Kyste dermoïde de l'ovaire.** — La tumeur est grosse, après un séjour assez prolongé dans l'alcool, comme une petite mandarine, contient des cheveux, de la matière sébacée et 3 dents. *Guérison.*

b) **Tumeur fibro-kystique**, qui était implantée sur le ligament de l'ovaire. Elle contenait 300 gr. environ d'un liquide clair, rappelant le liquide ascitique. *Guérison.*

c) **Tumeur papillaire développée dans la cavité tubaire**, qui, au mo-

ment où elle fut enlevée, avait le volume d'un petit melon. Elle contenait un liquide lactescent. *Guérison*.

d) **Kyste fœtal extra-utérin.** — La tumeur a été extirpée sur une femme qui, environ 2 mois auparavant avait eu des signes de grossesse au début. 1 mois plus tard, elle avait expulsé, au milieu de douleurs assez vives, une fausse membrane. Par l'examen, on perçut à droite de l'utérus une tumeur, de la grosseur d'une orange. La laparotomie permit de constater qu'elle était constituée par l'ovaire droit, siège d'un kyste hématique. D'autre part, la trompe contenait un caillot dégénéré à son centre, et qui était entouré d'une membrane molle, épaisse, souple, et pourvue de villosités. Il s'agissait bien d'une *grossesse tubaire. Guérison.*

PORAK. **De l'anesthésie obstétricale, au moyen du chloroforme.**

Discussion : PAJOT, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, DUMONTPALLIER, LOVIOT. La discussion qui n'est pas encore terminée, sera résumée ultérieurement.

LOVIOT. **Vomissements incoercibles de la grossesse, accouchement prématuré, guérison.** — Femme âgée de 18 ans, primipare. Les vomissements qui, au début, rappelaient ceux si habituels aux femmes enceintes, se transformèrent peu à peu, vers le 3e mois, en vomissements incoercibles. Les moyens ordinaires de traitement ayant échoué et la vie étant en péril, on provoqua l'accouchement par le procédé de Braün, en s'entourant, bien entendu, de toutes précautions antiseptiques. Détail curieux, dès le moment où la sonde fut introduite, la femme put conserver quelques aliments. Le 5e jour, après l'intervention, expulsion d'un fœtus du poids de 200 gr.; et consécutivement à 2 injections phéniquées intra-utérines, expulsion du placenta et de la bougie. A partir de ce moment, cessation complète des vomissements et retour rapide à la santé.

Discussion : GUÉNIOT insiste sur l'importance capitale qu'il y a à réaliser une diète stomacale absolue. Dans le cas actuel, la diète alimentaire était en effet rigoureuse, puisqu'on a eu recours aux lavements alimentaires pour ménager cet organe. Mais n'a-t-on pas fait abus de médicaments, n'a-t-on pas aussi permis, sous prétexte de procurer quelque soulagement à la malade, des quartiers d'orange, quelques grains de raisin? Or, cela est nuisible. Un peu d'eau de Vichy, et par cuillerées à café, c'est tout ce qu'il faut accorder? D'autre part, on n'a peut-être pas insisté suffisam-

ment sur les moyens propres à prévenir les actes réflexes qui se traduisent par les vomissements. Au niveau de l'utérus, les médicaments belladonés; par le rectum des lavements chloro-bromurés, sur la colonne vertébrale application de glace, etc. PAJOT résume une observation analogue à celle de M. Loviot. Il put, par l'accouchement provoqué par le procédé de Kiwisch, sauver une femme qu'à son arrivée il avait trouvé mourante, à la suite de vomissements prolongés et réfractaires à toute autre thérapeutique. DOLÉRIS fait la remarque que ces accidents se rencontrent surtout chez certaines personnes, chez les *nerveuses héréditaires*. Aussi, ayant eu affaire à un cas analogue, il eut l'idée de recourir à l'hydrothérapie sous forme de douches froides. Les vomissements cessèrent. R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séances du 10 *mai et du* 12 *juillet* 1889.

Présentations. P. RUGE. **Hématome tubaire** (?) — X..., 38 ans, accouchée une fois, 14 années auparavant. Dernières règles, vers la mi-novembre 1888. Dès le commencement de l'année 1889, hémorrhagies prolongées et douleurs. Vers le 15 février, constatation d'une tumeur, de la grosseur du poing, située à gauche de l'utérus, paraissant intra-ligamentaire, et qui fut considérée comme étant une grossesse extra-utérine. Or, l'examen anatomique pratiqué par C. Ruge et Keller, les persuada qu'il s'agissait d'un *hématome de la trompe*.

Discussion. VEIT pense qu'il y aurait lieu de reprendre l'examen de cette pièce. Car, certaines particularités, par exemple, son adhérence sur une certaine portion de sa surface à la paroi tubaire tandis qu'en tous les autres points elle est libre, sont plutôt favorables à l'idée d'une grossesse extra-utérine. Il est convaincu *que bon nombre de faits, publiés sous l'étiquette d'hématome tubaire, correspondent en réalité à des grossesses tubaires*. C. RUGE répond que l'examen microscopique n'a laissé constater que des éléments anatomiques, effets de la coagulation. DUHRSSEN insiste sur les risques associés à une trop grande vulgarisation et à une pratique peu judicieuse du massage. Le massage peut être l'origine d'hématomes tubaires, encore plus volumineux que la pièce actuelle.

VEIT. **Grossesse tubaire.** — Cette pièce est surtout intéressante si

on la compare à la précédente, car elle présente également, dans son intérieur, un caillot sanguin. En outre, elle provient d'une femme, chez laquelle 16 mois auparavant, il avait eu à faire la même opération pour une grossesse extra-utérine, siégeant du côté opposé. Sur 12 cas de grossesse extra-utérine, il a relevé 3 fois cette récidive. Le diagnostic de grossesse extra-utérine a été basé sur les symptômes suivants : suppression des règles, douleurs vives, hémorrhagies modérées sans expulsion d'aucune sorte de débris vulvaires. Constatation d'une tumeur de la trompe, résistante, et qui, manifestement, était le point de départ des paroxysmes douloureux.

KELLER. **Du diagnostic de la grossesse tubaire.** — Un nouvel examen de la pièce présentée par P. Ruge, sous l'étiquette d'hématome tubaire, a permis de constater, formellement, l'existence de villosités. Elles sont à la vérité en petit nombre, en comparaison d'éléments anatomiques d'aspect analogue, mais différents par leur structure, qui ne sont que des produits de coagulation. La rareté des villosités persistantes tient sans doute au fait qu'un grand nombre de villosités ont été détruites par un processus de nécrose, entraînant la perte de l'épithélium, la destruction des cellules, la dégénérescence granuleuse du stroma, et le dépôt, dans la substance intercellulaire, de filaments fibrineux. L'auteur dans 3 autres cas de grossesse extra-utérine, a eu l'occasion d'observer les phases intermédiaires de ce processus nécrotique.

Il termine par quelques détails concernant les cellules déciduales. Son travail, devant paraître *in extenso* dans le « *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* » sera analysé ultérieurement. R. L.

REVUE ANALYTIQUE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Pathologie de la grossesse ectopique et hématocèle pelvienne. (Pathology of ectopic gestation, and pelvic hématocele), par W.-H. WATHEN, de Louisville. *Am. Journ. of obst.*, août 1889, p. 785.

L'auteur rejette tous les travaux publiés avant 1880 comme étant non scientifiques (*unscientific*).

Voici ses conclusions.

1° L'œuf n'est jamais fécondé dans l'utérus; la rencontre des deux éléments doit se faire avant ou peu après l'entrée de l'ovule dans la trompe.

2° La grossesse ectopique est presque toujours tubaire au début; sauf dans le cas de la grossesse ovarienne, qui est possible; la trompe éclate, avant la quatorzième semaine, dans les plis du ligament large, ou dans le péritoine.

3° La grossesse abdominale ne peut être que la conséquence d'une rupture primitive ou secondaire, et, si les connexions villeuses ou placentaires sont détruites, l'œuf meurt, car il ne peut pas se greffer secondairement sur d'autres tissus.

4° Si, lorsque la rupture a lieu dans le péritoine, l'œuf conserve des attaches (sans doute avec son premier *habitat*), il se peut, mais ce n'est pas probable, que la grossesse continue. Si l'amnios éclate dans les premiers mois, le germe meurt.

5° La grossesse interstitielle éclate *ordinairement*, mais pas toujours dans le péritoine.

6° Si nous appelons hématocèle pelvienne une tumeur sanguine enkystée, l'hématocèle inter-péritonéale ne peut pas exister.

Wathen cite les expériences de Robin, de Costes, de Heyle, de Sims et de Léopold, etc., sur la force et la vitesse des spermatozoaires.

L'hématocèle pelvienne enkystée ou limitée a toujours son siège hors du péritoine. Elle est caractérisée par une douleur soudaine, parfois accompagnée de choc, et d'élévation de la température.

Si l'on perçoit la fluctuation dans le vagin, le mieux est de faire une incision du fond du canal. Si la fluctuation est perçue au-dessus du pubis il faut faire la laparotomie et passer un drain. Si le sac se rompt dans le péritoine, il faut faire aussitôt la laparotomie.

A. CORDES.

Leçon clinique sur la grossesse extra-utérine. (Clinical lecture on extra-utérine gestation), par J. M. DUNCAN, *Lancet*, Lond., 1889, T. II, p. 53.

Après avoir, au début de cette leçon et sans y ajouter rien de bien nouveau, retracé l'histoire anatomique et clinique de la grossesse extra-utérine, l'auteur s'étend surtout sur la terminaison de cette affection et les moyens d'y porter remède.

Il croit d'abord pouvoir affirmer qu'elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense et que, dans bien des cas où le fœtus est

mort dans les premières semaines, elle est méconnue, et confondue la plupart du temps avec une hématocèle ordinaire. La mort du fœtus met en effet un terme à l'accroissement de la tumeur, et l'auteur, sans l'affirmer cependant, semble croire qu'un œuf mort peut, en dehors des cas de suppuration, putréfaction ou macération, se résorber complètement, même lorsqu'il a dépassé l'âge du début de l'ossification. En tous cas, la tumeur cesse de s'accroître, et la santé finit souvent par se rétablir intégralement. Le but du chirurgien doit donc être d'amener la mort du fœtus, et cela le plus tôt possible, lorsqu'on est en présence d'un diagnostic ferme. On évite ainsi les accidents dus à son développement et aussi les hémorrhagies internes, parfois immédiatement mortelles, toujours très graves. Plusieurs méthodes sont en présence pour tuer le fœtus, les unes incertaines, sans être innocentes, ponction du sac amniotique et injection de morphine dans son intérieur, courants électriques, etc., l'autre plus hardie, mais plus sûre, la laparotomie.

Le plus grand danger de cette dernière, si elle est faite, bien entendu, dans des conditions d'antisepsie convenables, consiste dans l'hémorrhagie placentaire qui peut être formidable, si le fœtus est volumineux. Le mieux est, dans ce cas, d'extraire simplement le fœtus, et, après ligature aseptique du cordon, d'abandonner le placenta, qui, désormais sans but, s'atrophiera et se résorbera peu à peu. Si le fœtus est déjà mort, le danger d'hémorrhagie est singulièrement diminué.

Dans les cas d'hémorrhagie interne suivie de collapsus, la laparotomie a été rarement tentée. Il faudrait cependant y avoir recours, car c'est encore elle qui donne les plus grandes chances de salut.

Ce qui manque à la laparotomie, ce sont des indications plus précises. Elle a déjà beaucoup donné, dans l'avenir elle donnera plus encore.

J.-L. Faure.

Grossesse extra-utérine suivie de rupture. Guérison. (A case of extra-utérine gestation followed by rupture ; Recovery), par T. N. Thomas. *Lancet*, Lond., 1889, vol. II, p. 368.

Il n'y a pas eu, dans ce cas, d'intervention opératoire, et la malade a guéri spontanément. Deux mois après le début de sa troisième grossesse, elle fut prise de douleurs vives et répétées

dans le bas-ventre. Quelques jours plus tard, survint une douleur extrêmement violente, avec pâleur excessive, pouls misérable, refroidissement des extrémités. On pensa la voir mourir. Le lendemain, on put sentir au-dessus du pubis, une tumeur remplissant la fosse iliaque droite. Deux jours après la malade rendit une caduque très épaisse, véritable moule de la cavité utérine. De légères pertes apparurent, qui s'arrêtèrent complètement quinze jours après et la guérison ne se fit pas attendre.

J.-L. FAURE.

Grossesse tubaire ; expulsion spontanée du fœtus par la voie vaginale. (A case of tubal pregnancy terminating spontaneously per vaginam), par P.-C. WILLIAMS, *Medical News*, Philad., 27 juillet 1889, p. 96.

Le diagnostic de grossesse tubaire avait été fait par l'exploration directe de la cavité utérine et par le toucher vaginal aidé de la palpation abdominale qui avait permis de sentir le ballottement fœtal. Un matin, à la suite de vives douleurs, l'auteur explora la malade, et à son grand étonnement, trouva le fœtus dans l'utérus : le travail dura trois heures et amena l'expulsion d'un enfant de 4 mois, qui mourut quelques minutes plus tard. Le placenta fut aisément extrait par une légère traction sur le cordon et la malade guérit.

P. NOGUÈS.

Grossesse extra-utérine ; expulsion du fœtus par le rectum. (Extrauterine pregnancy ; rectal delivery), par J. H. TUTTLE. *Med. Standard*, Chicago, juillet 1889, p. 8.

Femme de 45 ans, atteinte depuis plusieurs années de troubles digestifs et qui n'avait jamais voulu se laisser examiner complètement. Certain jour un effort de défécation amena l'issue d'un fœtus macéré à travers une déchirure des tuniques rectales. On essaya d'enlever le placenta par cette déchirure, mais l'hémorrhagie fut si considérable que la malade succomba.

P. NOGUÈS.

Grossesse extra-utérine. (Extra-uterine puerperality, par F. THOMPSON (de Washington). *Am. J. of obst.*, 4 août 1889, p. 810.

Malade âgée de 22 ans, jamais enceinte. Malaises ordinaires de la grossesse au bout de 2 mois, douleur vive et subite dans le ventre, revenant au bout de 3 semaines. Perte irrégulière de lam-

beaux membraneux. Au bout d'un an, la malade rend des os dans son urine, sa tumeur diminue et elle se remet. Thompson discute le diagnostic et l'intervention essentielle; il se prononce en faveur de la laparotomie hâtive.

A. CORDES.

Un cas de grossesse tubaire. (A case of tubal pregnancy), FERGUSON, *New-York med. J.*, 23 novembre 1889, p. 572.

Grossesse extra-utérine observée chez une femme âgée de 32 ans, primipare. Le kyste, primitivement tubaire, se rompit, et l'œuf passa entre les feuillets du ligament large. En raison des douleurs continuelles, traversée de crises paroxystiques, sans qu'il fût toutefois survenu des signes de *shock* ou de collapsus, la laparotomie fut pratiquée. Il y avait dans le ventre une quantité considérable de caillots et de sang liquide, qui provenaient d'une rupture survenue dans la paroi du kyste inter-ligamentaire. 16 heures après l'opération, la femme était emportée par des accidents urémiques. Le cathétérisme pratiqué deux fois, n'avait amené qu'une cuillerée environ d'une urine sanglante. A l'*autopsie*, les deux reins présentèrent les altérations de la néphrite aiguë. Du côté du champ opératoire, rien d'anormal.

R. L.

De la pathogénie des ruptures de la trompe dans la grossesse extra-utérine. (Zur Patogenese der Tubenrupture bei Graviditas extrauterina). EBERTH et KALTENBACH. *Zeit. f. Geb. u. Gynäk.*, 1889. Bd. XVI. Hft., p. 368.

Chez une femme en état de grossesse, mais grossesse extra-utérine, la laparotomie fut pratiquée d'urgence, à cause de phénomènes graves (douleurs abdominales violentes, vertiges, perte de connaissance), consécutifs à une hémorrhagie interne, conséquence elle-même d'une rupture de la trompe. Opération relativement facile. 36 heures après, la femme mourait, après avoir présenté 2 accès de collapsus, des suites d'une hémorrhagie secondaire. Or, à l'autopsie, on constata que le pédicule était parfaitement solide, qu'aucune ligature n'avait fait défaut. Que d'autre part, il existait du même côté que la trompe affectée, des cordons pseudo-membraneux, *vasculaires*, fixés par l'une de leurs extrémités, soit à l'utérus, soit au péritoine avoisinant l'espace de Douglas, et libres à l'autre extrémité. De plus, on remarquait à la surface de la trompe des produits pseudo-membraneux déchirés, qui paraissaient avoir

été primitivement en continuité avec les autres. D'où cette double conclusion : a) ces cordons pseudo-membraneux, étant vasculaires, peuvent en se déchirant, et il semble que dans le cas actuel ce soit bien là la cause de la mort, être le point de départ d'une hémorrhagie; b) ils peuvent par les tiraillements qu'ils exercent sur la paroi tubaire, quand celle-ci leur donne insertion, faciliter sa rupture.

En résumé, aux causes habituellement incriminées pour expliquer la rupture de la trompe dans la grossesse extra-utérine (sur distension de la trompe par l'œuf en voie continue de croissance, contractions de la paroi tubaire, minceur et fragilité anormale de cette paroi), Eberth et Kaltenbach ajoutent *la rupture due aux tiraillements exercés par les cordons pseudo-membraneux auxquels les trompes donnent accidentellement insertion.*

R. L.

Le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine. (The early diagnosis of extrauterine pregnancy), par J. C. Reeve, *Americ. J. of the med. Sc.*, Philad., juillet 1889, T. XCVIII, p. 1.

Reeve croit qu'il est souvent possible de porter de très bonne heure dès la 7e ou la 8e semaine, le diagnostic de la grossesse extra-utérine. Celle-ci s'accompagne d'un certain nombre de symptômes qu'on peut diviser en :

1o S. *suggestifs* : S. généraux et réflexes de grossesse, en particulier quand ils surviennent après une longue période de stérilité. Désordres menstruels, métrorrhagies coïncidant avec des symptômes de grossesse, douleur pelvienne intense, crises douloureuses avec sensibilité de l'une ou de l'autre fosse iliaque et symptômes d'inflammation pelvienne.

2o S. *présomptifs :* Existence d'une tumeur ayant tous les caractères d'une poche kystique tendue ; accroissement constant et régulier de la tumeur. Col utérin entr'ouvert, utérus repoussé et vide.

3o S. *de certitude* : Paroxysmes de douleur violente et accablante, avec symptômes généraux de collapsus. Expulsion de membranes.

H. H.

Le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine. (The early diagnosis of extrauterine pregnancy), par J. M. Baldy. *Med. Rec.* N. Y., 21 septembre 1889, t. XXXVI, p. 309.

Baldy s'élève contre les conclusions du mémoire de Reeve. Pour

lui, le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine, facile dans quelques cas, est le plus souvent impossible.

Les douleurs pelviennes paroxystiques avec symptômes généraux de collapsus que Reeve regarde comme un signe certain de grossesse extra-utérine, ne surviennent que lors de rupture de la poche ; l'existence de ces ruptures souvent méconnues, en particulier lorsqu'on a recours au traitement électrique, est prouvée par la présence de caillots sanguins à l'intérieur de la poche lorsqu'on a recours à la laparotomie.

H. H.

Grossesse dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne, prise pour une grossesse tubaire. Laparotomie. Guérison. (Pregnancy in the rudimentary horn of a bicornate uterus, mistaken for tubal gestation ; laparotomy; recovery), par P. F. Mundé. *Am. J. of obst.*, 1890, janvier, p. 23.

La malade enceinte de 4 mois, lorsqu'elle entra à l'hôpital du Mont-Sinaï, avait perdu du sang par intervalle et expulsé des fragments de membranes, elle souffrait dans l'abdomen depuis un mois. Les accidents faisaient craindre une rupture.

Ayant ouvert l'abdomen, Mundé se décida à faire l'aspiration du liquide amniotique. Mort pendant la nuit. La malade avait porté un fœtus dans la partie gauche de l'utérus quelques années auparavant; c'est le côté droit qui était gravide, lorsque Mundé la vit.

A. Cordes.

De l'Ectopotomie (Ektopotomie). H. Stratz. *Cent. f. gyn.*, 1889, n° 48, p. 827.

Pour toutes les laparotomies pratiquées pour grossesse ectopiques, Stratz propose le nom d'ectopotomie. Il base l'intervention sur les 2 considérations suivantes. Le principal danger attaché aux grossesses extra-utérines, est dans : 1) *la possibilité d'une infection par la trompe*; 2) *la possibilité d'une hémorrhagie*. On peut y parer, par la ligature de la trompe et des vaisseaux afférents. Ces précautions prises, il devient moins nécessaire, à la faveur d'une antiseptie rigoureuse, d'extirper le kyste fœtal en totalité. D'autre part, en raison de la longueur du traitement consécutif, et des lenteurs de la guérison, dans le cas de traitement extra-péritonéal du pédicule, il a adopté la méthode intra-péritonéale. Enfin, instruit par l'expérience, que, même après la mort du fœtus, celle-ci serait-elle survenue de bonne heure, bon nom-

bre de ces kystes fœtaux entraînent des complications sérieuses, il intervient dans ces cas chirurgicalement.

Suivent les observations, résumées, de 3 cas de grossesse extra-utérine, que l'auteur a traités d'après ces principes, 2 *guérisons* 1 *mort*. Dans ce dernier cas, la mort fut causée par une péritonite générale, provoquée par la rupture d'un abcès ancien, situé dans le *parametrium* gauche, et resté inaperçu au cours de l'opération.

R. L.

Du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine. (Zur operativen Behandlung der Extrauterin-Schwangerschaft), SPAETH. *Zeit. f. Geb. u. gyn.*, 1889. Bd. XVI, Hft. 2, p. 269.

L'auteur relate, d'abord, 4 cas de grossesse extra-utérine, traités par la laparotomie, avec 3 guérisons et 1 mort. Dans les 3 premiers faits, il s'agissait de grossesses, correspondant aux premiers mois, dans le 4e au contraire d'une grossesse presque à terme, du 8e au 9e mois. L'état de la malade, au moment de l'intervention, était tel qu'on fit le diagnostic : grossesse extra-utérine compliquée de septicémie. L'enveloppe séreuse qui s'était formée autour du fœtus, après la rupture de la trompe, contenait un liquide fétide. L'enfant, extrait en état d'asphyxie profonde mais ranimé, mourut 24 heures après.

A l'occasion de ces faits, l'auteur étudie le *diagnostic* et le *traitement* de la grossesse extra-utérine.

a) *Diagnostic*. Quand il y a grossesse extra-utérine, surtout si elle est tubaire, les symptômes généraux tels que : malaises, anorexie, vomissements, douleurs abdominales, sont en général plus précoces et plus accusés. A ces symptômes s'ajoutent la tuméfaction et la sensibilité des seins, survenant après une suppression menstruelle. Après une période de temps variable, hémorrhagies atypiques, plutôt prolongées que profuses, et s'arrêtant, en général, par le repos au lit; ces accidents s'exagèrent, s'il y a expulsion d'une caduque, et s'effacent ensuite complètement. Présence dans l'abdomen d'une tumeur, indépendante de l'utérus. Utérus toujours augmenté de volume, habituellement refoulé en avant et vers le côté opposé à la tumeur. Mais, il faut savoir que *la constatation des éléments déciduaux dans des portions de muqueuse obtenus par raclage, ne prouve pas nécessairement qu'il y a grossesse extra-utérine*, ainsi que du reste Runge l'a déjà signalé (1). Suit une ob-

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1881, 12.

servation probante à ce sujet. La constatation de ces éléments déciduaux avait fait précisément orienter le diagnostic, resté jusqu'alors douteux, vers celui d'une grossesse extra-utérine. Or il s'agissait en réalité d'un ovaire suppuré. Il est clair que l'apparition des signes de certitude de grossesse, facilite singulièrement le diagnostic.

b) *Traitement.* Il diffère suivant qu'on se trouve en présence de l'une ou l'autre des 3 éventualités suivantes : A) grossesse extra-utérine, enfant encore vivant; B) grossesse extra-utérine, enfant mort; C) grossesse extra-utérine compliquée de rupture du sac.

A) Toutes les fois que la grossesse extra-utérine est reconnue durant la première moitié de la gestation, il faut intervenir au plus tôt et chirurgicalement. Plus tard, l'expectation est préférable.

B) *Le fœtus étant mort;* certaines circonstances (possibilité de résorption complète), militent en faveur de l'expectation. Néanmoins, comme cette résorption n'est pas certaine, que de plus, ces kystes fœtaux, calcifiés, envahis par un processus de stéatose, etc., sont parfois, même après bon nombre d'années, le point de départ d'accidents sérieux, il est permis de se demander si l'on ne doit pas se départir de cette règle de l'expectation, surtout quand il s'agit de femmes tourmentées par de violentes douleurs, ou auxquelles leur condition sociale ne permet pas un repos prolongé.

c) *Le kyste fœtal étant rompu, et la rupture diagnostiquée*, il est incontestable que la laparotomie, faite immédiatement, permet de parer le plus sûrement à toutes les éventualités ; cette notion doit à l'avenir être la base de l'intervention. R. L.

Un cas de grossesse tubaire, par CZEMPIN. *Cent. f. gyn.*, n° 47, 1889, p. 829.

X..., 36 ans, mariée depuis 12 ans, restée stérile jusqu'alors. Depuis 3 mois, aménorrhée, douleurs violentes dans le côté gauche du ventre. A l'examen, on constata, à gauche de l'utérus, une tumeur de la grosseur du poing. Après l'examen lipothymies, hémorrhagies, et, 8 jours plus tard, expulsion d'une caduque. Pas de modifications appréciables du côté de la tumeur. *Diagnostic* : grossesse extra-utérine, enfant vivant. *Laparotomie* : Au cours des manœuvres, le kyste se rompit en donnant lieu à une hémorrhagie abondante. Ligature immédiate du sac pédiculé. *Guérison parfaite.* Les dimensions du fœtus indiquaient une grossesse à 3 mois. R. L.

Deux cas de grossesse extra-utérine. (Cases of extra-uterine gestation), par le Dr Herman. *Lancet*, Lond., 1889, t. II, p. 69.

Dans le premier cas, femme de 39 ans, plusieurs accès de douleurs abdominales coïncidant avec l'augmentation d'une tumeur rétro-utérine firent penser à une hématocèle.

La laparotomie montra de gros caillots stratifiés de dates différentes, on trouva aussi quelques lambeaux de membranes fœtales; la trompe gauche rompue fut enlevée, elle ne contenait aucun fœtus. Guérison sans incidents.

Le second cas est plus intéressant, femme de 30 ans, ayant présenté des accidents répétés à peu près semblables à ceux de la malade précédente. A son entrée elle portait une tumeur pelvienne située en arrière et à gauche de l'utérus, et qu'on sentait à la fois par le toucher vaginal et la palpation de l'abdomen.

La laparotomie montra que la tumeur siégeait sous le péritoine pelvien. La ponction donna du sang. Mais avec le doigt on retira un fœtus de 15 centim. Les parois du sac ayant été fixées à l'abdomen, on ne fit aucune tentative pour enlever le placenta et on bourra la poche de gaze iodoformée. Douze jours après on enleva en partie le placenta. Mais une hémorrhagie abondante nécessita un nouveau tamponnement. Les derniers vestiges du placenta ne purent être enlevés que le 24e jour, et toujours avec une hémorrhagie assez forte. Au bout de 1 mois 1/2 la guérison était complète.

L'auteur insiste surtout sur cette adhérence du placenta et l'hémorrhagie que provoque son extraction 12 jours après celle du fœtus. J.-L. Faure.

Quatre cas de grossesse extra-utérine. (Four case of extra-uterine pregnancy), par le Dr G. M. Tuttle (de New-York). *Amer. J. of obst.*, janvier 1890, p. 13.

Cas 1. — E. K., 20 ans, réglée à 14 ans, mariée à 15 ans; fausse couche de 8 mois après. Leucorrhée. Règles en septembre 1887. Dès le 1er novembre, douleurs abdominales lancinantes, durant une heure ou deux.

Le 15. Perte sanguine, continue, peu après l'entrée à l'hôpital le 25.

Constipation, la malade sent un obstacle au cours des matières. Miction difficile, un peu d'albumine. Utérus fortement antéfléchi, fond gros et mou, col large et ramolli. A gauche, on sent une tumeur, température 37°,22.

Le 4 janvier 1888, la tumeur semble avoir augmenté. On applique tous les jours pendant dix jours un courant faradique à travers

la tumeur en mars (l'auteur ne dit pas s'il fit une ponction), qui ne paraît pas faire diminuer son volume. T. 37°,22 à 38°,33. E. K. quitte l'hôpital.

Tuttle la prend en traitement, et l'examine dans la narcose chloroformique. Utérus gros, antéfléchi, repoussé à droite par une tumeur qui remplit le côté gauche du bassin et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Diagnostic : Grossesse tubaire, rupture du sac, hématocèle intra-péritonéale.

Opération. — Adhérences de tout le côlon ; Tuttle enlève la itumeur par morceaux ; il fait, en la détachant, une écorchure à l'intestin et la suture aussitôt. Il lie le ligament large en masse et laisse les annexes droites après les avoir libérées de leurs adhérences. Lavage à l'eau chaude, tube de Keith laissé 24 heures. Réunion par première intention ; l'opérée, guérie, quitte le 15 avril.

L'examen de la tumeur a confirmé le diagnostic. L'opérée est réglée normalement. L'application de l'électricité ne paraît pas avoir eu d'effet utile.

Cas II. — N. J., 27 ans. Un avortement, dix mois plus tard accouchement à terme, nouvelle fausse couche 2 ans et 3 mois après. Leucorrhée habituelle.

Règles le 25 mars 1888. Le 10 mai, perte sanguine soudaine et douleur iliaque bilatérale. Le 24 mai douleur subite, expulsion d'un morceau de chair blanche et de caillots sanguins. Nausées et vomissements fréquents.

Entre, le 30 juin. T. 37°,5, un peu d'albumine dans l'urine.

Opération le 18 juillet. Le reste de l'observation est fort semblable à celle du n° 1. On trouva des villosités choriales, mais pas d'embryon. Le siège de la grossesse était à droite; l'opérée guérit.

Cas III. — L'opération a été faite avant la rupture du sac.

Cas IV. — 3 enfants, pas d'avortement. Dysurie et dyschézie. T. 28°,89. Pouls, 120, au moment de son admission à l'hôpital Roosevelt.

Adhérences si solides que Tuttle fut obligé de laisser une partie des parois de la tumeur fixée au côlon. Caillots très nombreux.

A l'examen de la tumeur on trouva des membranes et des cotylédons, mais pas d'embryon.

L'ovaire et la trompe droite étaient sains.

L'opérée qui avait failli succomber sur la table d'opération, s'est bientôt remise; elle s'est levée dès le commencement de la 3e semaine.

Réflexions. — Dans le cas I, l'électricité n'a pas réussi, elle a peut-être été employée après la mort de l'embryon.

Dans le cas II, l'opération a été nécessitée par les souffrances et l'affaiblissement de la malade, deux mois après la mort du produit.

Dans le cas III, la tumeur a été découverte, plusieurs mois avant l'opération. La malade a souffert de plusieurs poussées péritonitiques, dues peut-être à la suppuration des annexes du côté opposé (la gauche).

Le cas IV, a présenté des hémorrhagies profuses.

Tuttle se déclare en faveur de la laparotomie faite de bonne heure. A. CORDES.

Grossesse extra-utérine, abdominale, datant d'un an. Incision abdominale. Guérison. GOULLIOUD. *Lyon médical*, 1889, p. 449.

Dans cette observation, on retrouve l'histoire typique d'une grossesse extra-utérine : les symptômes bien nets d'une grossesse en dehors de l'utérus, puis l'arrêt du développement du fœtus, la fluxion laiteuse, enfin des phénomènes tendant à l'élimination du produit de la conception et se répétant plusieurs mois après le terme de la grossesse. Le dépérissement devint tel qu'il nécessita une intervention sans retard. M. Laroyenne, qui fit l'opération, conseille d'ouvrir simplement le kyste fœtal et de ne pas toucher aux adhérences et au placenta pour éviter les hémorrhagies.

MAUCLAIRE.

Grossesse tubaire traitée par les courants faradiques (Tubal pregnancy treated by faradic current), par Henry F. WALKER. *Med. Rec.*, N.-Y., 16 novembre 1889, t. II, p. 539.

Quatre applications de courants faradiques avec un électrode dans le rectum, un autre sur la paroi abdominale furent suivies, au bout d'un temps assez long, de la régression d'une tumeur que l'auteur regarde comme constituée par une grossesse extra-utérine. La lecture de l'observation n'entraîne nullement la conviction de l'exactitude du diagnostic; peut-être s'agissait-il d'une hémo-salpingite ?

Grossesse tubaire, mort du fœtus déterminée par des applications électriques, guérison (A case of tubal pregnancy successfully treated, by electrical fœticide), par GEORGE. M. EDEBOHLS. *Med. Rec.*, N.-Y., 7 décembre 1889, t. II, p. 628.

Dans ce cas, le diagnostic fut confirmé par Gaillard Thomas, et par Gillette. Six applications de courants électriques à quelques jours de distance. Un électrode était appliqué dans le vagin contre la tumeur, l'autre sur l'abdomen; pendant les séances, de 10 minutes de durée on faisait passer un courant de 75 milliampères. Diminution progressive de la tumeur et disparition complète en six mois. Aucun accident pendant toute la durée du traitement.

H. H.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de gynécologie opératoire, par M. Hofmeier, traduit par Lauwers. Paris, Steinheil, 1889.

Traité de petite chirurgie gynécologique, par Paul F. Mundé, traduit sur la 2e édition anglaise par Lauwers. Bruxelles, Manceaux, 1890.

Les deux ouvrages, l'un allemand, l'autre américain, dont M. Lauwers vient de nous donner la traduction, à quelques mois de distance, ne font pas double emploi. Un seul point les rapproche, tous deux sont des livres simples, de pratique pure, destinés à permettre au médecin non spécialiste de se renseigner sur les questions les plus importantes de la gynécologie.

Élève de Schrœder, Hofmeier expose ses opinions et ses doctrines; laissant de côté les méthodes opératoires et les instruments qui ne présentent qu'un intérêt historique, ne donnant que quelques indications bibliographiques d'une importance notoire, il ne décrit que les bonnes méthodes, mais il le fait avec détail, précisant les indications, le manuel opératoire, le traitement consécutif. Un grand nombre de figures facilitent l'intelligence du texte.

Après une série de généralités sur l'arsenal gynécologique, l'antisepsie, l'anesthésie, les sutures, etc., Hofmeier passe en revue les diverses opérations pratiquées sur les organes génitaux externes, le vagin, l'utérus, les trompes, les ovaires. Les opérations de grossesses extra-utérines, et celles exécutées pour des affections généralisées du péritoine ou pour des maladies de la vessie terminent l'ouvrage. Cette dernière partie est très incomplète et écourtée.

La petite chirurgie gynécologique de Mundé mérite très exactement son nom. L'auteur veut guider le commençant ; il lui montre comment il faut interroger les malades et comment il faut les examiner, à ce propos il donne de nombreuses indications sur les instruments à employer et sur la manière de s'en servir. Puis il passe en revue le cathétérisme, la dilatation de l'urèthre, les injections intra-vésicales, les applications médicamenteuses sur le vagin et sur le col, le tamponnement du vagin, l'application de topiques sur l'endométrium, la dilatation utérine, le curage, les

pessaires, etc.; dans une troisième et dernière partie il traite des interventions plus franchement chirurgicales, de l'opération de la déchirure du col et des diverses opérations à opposer aux déchirures du périnée, à la rectocèle, à la cystocèle, et au prolapsus utérin.

Les deux traductions de M. Lauwers sont claires, faciles à lire et rendront un service réel à ceux qui, tout en ne tenant pas à faire le la grande chirurgie, désirent cependant savoir comment ils doivent aujourd'hui traiter les femmes qui se confient à leurs soins, de manière à obtenir des résultats plus rapides que par l'emploi des méthodes anciennes qui tiennent encore une place beaucoup trop large dans la plupart de nos livres classiques.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Du tamponnement utérin en gynécologie appliqué à la dilatation et à la thérapeutique, par A. Bétrix, Paris, Lecrosnier, et Genève, Stapelmokh, 1889. — **De l'extraction par les voies naturelles des fibro-myômes utérins intra-pariétaux avec l'aide du tamponnement dilatateur selon la méthode du professeur Vulliet**, par Emile Juillard, thèse de Genève, 1889. — **Du prolapsus utérin (définition, division, caractères généraux, diagnostic, traitement mécanique, traitement chirurgical)**, par Paul Dumoret, Paris 1889. — **Vingt cas d'affections gynécologiques traitées par le massage**, par Vulliet. Genève, 1889. — **Sur le traitement électrique des fibromes utérin**, par les Drs L.-Championnière et Danian. — **L'immunité par les Leucomaïnes**, par Eusèbe Guell y Bacigalupi, 2e éd. 1889. Paris, O. Berthier. — **Die Lacerationen der cervix uteri, ihre Aetiologie, Pathologie und Thérapie**, par Arthur Littauer. Wien (Extrait de *Allgemeinen Wiener medizinischen Zeitung*, 1889). — **A successful case of laparotomy and supra-vaginal amputation of the uterus for rupture**, by Henri C. Coe, New-York, 1889 (reprinted from the *Medical Record*). — **A digest of twenty years' experience in the treatment of uterine cancer**, par John Byrne. Philadelphia (Extrait des *Transactions of the American gynecological Society*).

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

FIBROME UTÉRIN ET GROSSESSE

MYOMECTOMIE, GUÉRISON, LA GROSSESSE CONTINUE

Par **A. Routier**, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Madame P., âgée de 37 ans, se présentait le 5 novembre 1889 à l'hôpital Laënnec se plaignant d'éprouver de vives douleurs dans le ventre depuis une quinzaine de jours environ.

Ces douleurs survenues tout d'un coup ne faisaient qu'augmenter et rendaient la station debout intolérable.

Son ventre, disait-elle, avait brusquement grossi le jour de l'apparition des douleurs.

Il nous fut facile de constater que l'abdomen était très irrégulièrement soulevé du pubis à l'épigastre par une grosse tumeur dure, bosselée, irrégulière, mate à la percussion, donnant toute les sensations d'un fibrome.

Les deux flancs étaient sonores : cependant, à droite, couchée le long de l'arcade crurale et la débordant à peine, existait une masse molle pseudo-fluctuante, du volume du poing environ, séparée nettement par un sillon de la grosse tumeur fibreuse.

Celle-ci était légèrement mobile dans le sens transversal, mais il était impossible de la faire monter ou descendre, comme si ses deux extrémités avaient porté sur le pubis d'une part, dans la concavité du diaphragme de l'autre.

Cette femme toujours bien portante, n'avait eu qu'une maladie dans sa vie, une métrorrhagie assez abondante avec caillots, survenue il y a 10 ans environ, et qui d'après le récit de la malade nous fit l'effet de ressembler à une fausse couche.

Depuis, ses règles étaient bien revenues périodiquement, et sans trop d'abondance; en ce moment, elle étaient suspendues depuis 3 mois, la malade pensait qu'elle pouvait bien être enceinte.

Elle savait en outre qu'elle avait depuis 6 ans dans la fosse iliaque gauche, une grosseur du volume d'un œuf, très mobile et qu'elle déplaçait très facilement sans douleur; elle ne s'expliquait pas autrement ce changement brusque du volume de son ventre.

Le toucher vaginal me permit de constater que le col, de consistance normale, un peu fendu transversalement, était légèrement mobile ; le gros fibrome vertical n'était pas influencé par les manœuvres de mobilisation du col, mais il me parut que cette tuméfaction molle couchée dans la fosse iliaque droite était en continuité absolue avec ce col et pourrait bien être un utérus gravide, aplati par le fibrome.

Il nous fut impossible de percevoir au niveau de ce qui nous semblait être l'utérus soit des mouvements actifs soit des mouvements passifs, soit les bruits du cœur d'un fœtus, ce qui vu l'âge présumé de la grossesse n'était pas surprenant.

Malgré cela, je restai convaincu que cette femme était enceinte, et que cette grossesse était fortement gênée dans son évolution par le volume du fibrome; un point restait obscur, c'étaient les rapports exacts de la tumeur avec l'appareil utéro-ovarien.

Vu la situation de l'utérus je pensai que ce pouvait être un fibrome de l'ovaire ou du ligament large gauche; mon interne M. Reblaub croyait plutôt à un fibrome du fond de l'utérus, la suite nous montra qu'il avait raison.

Quoi qu'il en soit, cette femme souffrait, son utérus était

gêné dans son développement, nous étions très certainement à la veille d'accidents, dont le moindre pouvait être un avortement avec, comme il est à peu près de règle en pareil cas, une hémorrhagie formidable à redouter.

C'est ce qui me détermina à agir.

Le 9 novembre je pratiquai avec l'aide de mon interne la laparotomie ; il s'agissait en effet d'un gros fibrome bosselé, réniforme, inséré par son hile sur le fond de l'utérus et reposant par ses deux extrémités d'une part sur le pubis et d'autre part sur le diaphragme. L'utérus était bien en état de gravidité.

Le pédicule de ce fibrome était plus gros que le poing ; je le traversai par 2 broches en croix, en faisant bien attention de ne pas perforer l'utérus, puis je l'enserrai d'un fil élastique, et coupai la tumeur au-dessus de ce pédicule artificiel. Une fois le champ opératoire débarrassé de cette masse qui pesait 2415 gr. et mesurait 27 cent. de long sur 15, 16 et 17 de large, j'énucléai les dernières parties du fibrome, resserrai le caoutchouc, enlevai les broches, et grâce à un surjet fait avec de la soie assez forte, je fermai les restes de la capsule qui l'entourait, le tout sans avoir ouvert l'utérus.

Je vous fais grâce des difficultés que j'éprouvai à bien placer ce surjet, à bien faire l'hémostase, chaque piqûre d'aiguille étant une nouvelle source d'hémorrhagie.

Cependant cette suture me parut assez bonne et assez sûre pour pouvoir être abandonnée : je replaçai l'utérus sur la ligne médiane, et l'abandonnant dans la cavité péritonéale, je suturai la paroi par 29 points de crins de Florence ; j'avais dû faire une incision jusqu'à 3 travers de doigt de l'appendice xiphoïde en partant à 3 travers de doigt du pubis.

Le tout avait duré 45 minutes.

Les suites ont été des plus simples : le premier jour, il y eut sans douleurs quelque pertes rosées par le vagin, qui furent arrêtées par des injections chaudes de naphthol.

La température n'a jamais dépassé 37°, 6 et le pouls est resté à 90. L'utérus prit de suite un assez gros développement,

actuellement la malade est complètement guérie, et on entend les bruits du cœur du fœtus.

Cette observation me paraît intéressante, à cause de la rareté d'une semblable intervention, enlèvement de la tumeur, conservation de l'utérus et continuation de la grossesse.

Tous les auteurs qui se sont occupés des fibromes utérins et de leurs rapports avec la grossesse, signalent diverses particularités : la fécondation, disent-ils, est rendue plus difficile par la présence d'un ou de plusieurs fibromes dans l'utérus, mais quand elle a lieu, on peut observer des modifications importantes soit du côté du fibrome soit du côté de l'utérus gravide.

Il semble que la situation de la tumeur par rapport à l'utérus, que sa constitution anatomique influent plus ou moins sur ses variations, c'est ainsi que quelquefois, un fibrome assez volumineux s'accroît pendant la grossesse, puis se ramollit, se laisse aplatir, si bien que le fœtus se développe, arrive à terme et que l'accouchement se fait sans accidents.

Mais, malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi ; les fibromes siégeant sur le segment inférieur de l'utérus peuvent s'enclaver dans le petit bassin et rétrécir tellement le passage que l'accouchement ne se fera qu'au prix d'une opération obstétricale assez grave dans laquelle il faudra presque toujours sacrifier l'enfant.

D'autres fois, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, l'utérus gêné dans son évolution ne peut se développer suffisamment, et un avortement a lieu ; dans ces cas presque toujours on observe de fortes hémorrhagies, et si le placenta est inséré dans la région du fibrome, cette hémorrhahie est presque toujours mortelle.

Ce n'est donc pas impunément qu'une femme atteinte de fibrome devient enceinte.

Dans le cas qui nous est propre, il est plus que probable qu'il y aurait eu un avortement, l'utérus étant aplati dans la fosse iliaque droite, le fibrome remplissait l'abdomen, y

était fixé, empêchant d'autre part le développement de l'utérus par son mode d'insertion ; les douleurs étaient très vives, il fallait donc agir.

Nous n'avons trouvé pour nous guider dans cette intervention que fort peu d'indications dans les auteurs : Charpentier dans son Traité des accouchements étudie bien comme Gusserow (*in* Deutsch chirurg.) les rapports du fibrome avec la grossesse, mais ces deux auteurs sont brefs quand il s'agit du traitement.

Hégar et Kaltenbach après avoir montré les dangers inhérents à cette lésion conseillent, quand il y a lieu d'intervenir : l'extirpation des fibromes pédiculés, et l'hystérectomie, c'est-à-dire l'opération de Porro quand le fibrome est sessile ou interstitiel.

Frommel, au contraire, même dans les cas de fibromes interstitiels, préfère l'énucléation, pourvu, dit-il, qu'on puisse la faire sans ouvrir la cavité utérine, c'est-à-dire sans toucher à la muqueuse. Mais il est toujours difficile sinon impossible de savoir d'avance jusqu'où va le néoplasme.

J'ai relevé les cas de fibromes compliquant la grossesse dans lesquels on est intervenu comme je l'ai fait, en enlevant le fibrome et en laissant l'utérus en place ; j'arrive à un total de 15 cas y compris le mien, les voici sous forme de tableau (1).

Sur ces 15 cas : 5 morts, 10 guérisons.

Sur les 10 guérisons, 3 avortements et 7 grossesses normales continuent. C'est là évidemment une opération grave, mais pour en apprécier toute la valeur il faudrait pouvoir rapprocher ces chiffres de ceux fournis par les accidents imputables aux fibromes ; tout le monde reconnaît qu'ils sont fréquents, mais on n'en publie pas les observations, cette comparaison est donc impossible à faire.

Il faut donc pour cette opération, comme du reste pour toutes les interventions chirurgicales bien étudier les cas particuliers ; ceux qui ne donneront pas d'accidents, il est bien entendu qu'il n'y faudra pas toucher.

(1) Voir ci-contre, page 166.

FIBROMES ET GROSSESSES

MYOMECTOMIES AVEC CONSERVATION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Nos d'ordre	Nom des Auteurs	Date de l'opération et indication bibliographique	DATE DE LA GROSSESSE	CARACTÈRES ANATOMIQUES DE LA TUMEUR	RÉSULTATS
1	Péan	15 décembre 1874. *In* Clinique chirurgicale, 1876, p. 679.	5 mois	Tumeurs fibro-plastiques énormes, grossesse méconnue.	Avorte le lendemain de l'opération, guérison.
2	Thornton	4 juin 1879. Obstetrical Society.	7 mois	Tumeur pédiculée.	Morte le 7e jour
3	Schrœder	16 novembre 1879. Zeitschr. f. Geburth. u. Gynäc.	16 semaines	Plusieurs myômes pédiculés.	Guéris., accouchem. à terme
4	Hégar	Janvier 1880. Gynécol. opératoire.	3 mois	Fibrome ramolli pédiculé, péritonite.	Morte le 3e jour
5	Studsgaard	19 décembre 1882. Hospital Tidende, 1883, n° 14.	3 mois ½	Tumeur pédiculée.	Guérison, grossesse normale
6	Martin	Berlin. Klin. Wochensch. 1885, n° 3.	6 mois	Myomotomie avec excision cunéiforme du fond de l'utérus.	Morte au 7e jour par hémorrhagie après avortement.
7	Landau	Berlin. Klin. Woche. 1885, n° 13.	3 mois	2 fibromes très bien pédiculés, à droite comme tête de fœtus, à gauche comme œuf de poule.	Guérison, accouchement à terme.
8	Barnes	1885. *In* thèse Vautier.	3 mois	Myômes pédiculés.	Mort.
9	Martin	Berlin. Klin. Wochensch. 1886, n° 29, et *in* Maladies de l'utérus, 2e édition.	3 mois	Grosse tumeur implantée par pédicule gros comme la main, troubles respiratoires.	Morte au 5e jour par hémorrhagie après avortement le 4e j.
10	Martin	*Ibid.*	4 mois	Grosse tumeur sur face antérieure et petite tumeur.	Avorte le lendemain, guérison.
11	Martin	*Ibid.*	3 mois ½	Tumeur implantée sur fond de l'utérus, pédicule large comme la main.	Guérison, accouchement à terme.
12	Frommel	Münch. med. Wochensch., 1882, n° 52.	5 mois	Fibrome mou gros comme tête de fœtus, péritonite.	Guérison, grossesse normale
13	Gordon	Boston med. J. 17 octobre 1889.	3 mois	Fibrome sénile, ablation.	Grossesse continue, guérison.
14	Routier	Société chirurgie. Novembre 1889.	3 mois ½	Gros fibrome de 2,415 grammes sur fond de l'utérus, pédicule large comme la main.	Guérison, grossesse normale continue.
15	Homan	Boston Society for medical improvement. Bulletin médical, 1889, 30 décembre.	3 mois	D'abord ponction et folie, fibrome de 15 livres.	Avortement 10 jours après. Guérison.

Mais dès que des symptômes de compression, des douleurs se manifestent, la question d'intervention se pose.

Il est impossible de dire à l'avance ce qu'on fera, la myomectomie est bien préférable pour une foule de raisons qu'il est inutile de développer ici, mais il faut pour se hasarder à la faire être sûr qu'on n'ouvrira pas l'utérus. Dans tous les cas où l'énucléation des fibromes conduit à l'ouverture de la cavité utérine, il faudra se décider à pratiquer l'hystérectomie.

L'OPÉRATION CÉSARIENNE MODERNE

MANUEL OPÉRATOIRE (1)

Par le Dr **J. Potocki**, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité.

(Suite et fin.)

Manuel opératoire.

5° Suture de l'utérus. — L'utérus est vide ; entraîné par le fœtus qu'on a extrait, il est actuellement hors du ventre ; la cavité abdominale est fermée derrière lui par le rapprochement des lèvres de la plaie abdominale que l'assistant maintient solidement appliquées l'une contre l'autre ; l'utérus libre montre la brèche qui lui a été faite et qui demande à être suturée. On entoure l'utérus de compresses chaudes pour éviter le refroidissement et pour s'opposer à l'accès des germes ; on procède comme nous savons le faire à l'hémostase de l'utérus ; on passe le doigt à travers le col, en passant par la cavité utérine pour se rendre compte de sa perméabilité ; la plaie est alors exsangue et prête pour la suture.

La plaie césarienne mesure, quand elle est revenue sur elle-même, environ 8 à 10 cent. de longueur ; elle est beaucoup plus petite, cela va de soi, que l'incision faite alors que l'utérus était encore distendu par l'œuf.

Elle est régulière, ses bords ont une épaisseur considérable : celle de l'utérus après l'accouchement, et atteignent

---

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, décembre 1889 et février 1890.

par conséquent 2 cent. environ, un peu plus, un peu moins. La plaie se laisse bien fermer quand on en rapproche les bords avec la main, il n'est donc pas utile de lui faire subir de préparation particulière avant de procéder à la suture. L'épaisseur des lèvres de la plaie est uniforme si on a bien fait l'incision de la matrice au-dessus du segment inférieur de l'utérus ; dans le cas contraire, chose à bien éviter, l'épaisseur serait moindre vers l'angle inférieur. La plaie bâille en dehors, les bords muqueux sont assez voisins, presque au contact, alors que les bords péritonéaux sont très éloignés l'un de l'autre ; elle représente une sorte de cratère qui nécessitera, pour être comblé par la suture, une traction plus forte au niveau du péritoine qu'au niveau de la muqueuse. La rétractilité du péritoine et la rétractilité plus grande des couches musculaires superficielles de l'utérus expliquent cette disposition particulière de la plaie. La plaie reste donc ouverte vers la cavité abdominale et verse du sang de ce côté plutôt que vers la cavité utérine. Les sinus utérins se montrent en assez grand nombre, mais si l'utérus est bien rétracté ils n'ont qu'une lumière virtuelle, car ils sont fermés par la contraction et la rétraction des anneaux musculaires de la couche moyenne de l'utérus qui en constituent à proprement parler les parois.

N'était le relâchement possible de l'utérus laissant les vaisseaux s'ouvrir et le sang s'écouler dans le ventre, d'où mort par hémorrhagie ; n'était la béance de la plaie maintenant en communication la cavité utérine et la cavité péritonéale, et permettant par suite le passage des lochies dans le péritoine, d'où possibilité de péritonite mortelle : il n'y aurait pas lieu de s'occuper outre mesure de la plaie de l'utérus, et on pourrait fort bien, à l'exemple des anciens, l'abandonner dans le ventre, sans la traiter davantage. Mais les accidents auxquels je fais allusion sont trop constants et trop formidables, pour qu'on puisse passer outre, et aujourd'hui il ne serait pas plus permis de rentrer l'utérus dans le ventre sans le suturer, qu'on ne serait autorisé à réduire

l'intestin ou l'estomac perforés, sans procéder au préalable à leur suture.

La suture est donc nécessaire. Elle a pour objectif d'immobiliser la plaie de l'utérus pendant tout le temps nécessaire à sa réunion ; elle doit donc être solide, car il lui faudra lutter contre l'effet des variations de volume et de tension de l'utérus, conséquences elles-mêmes de la contraction et du relâchement du muscle utérin. La suture essentielle sera donc musculaire. Il y a plus. Les surfaces cruentées mettent un certain temps à se souder, les surfaces péritonéales se soudent très rapidement ; si donc, on suture à part le péritoine, il sera réuni avant le muscle et la communication entre la cavité séreuse et la plaie sera aussitôt interrompue. L'idéal consistera donc en une suture, profonde, solide réunissant la partie musculaire de la plaie, suture à laquelle viendra se superposer une *suture de perfectionnement* superficielle, dite séro-séreuse.

Tel est le principe de toute bonne suture césarienne de l'utérus. Sur ce thème on peut varier les détails de la technique, et les variantes n'ont pas manqué; mais, suivant la voie que je me suis tracée, je les passerai sous silence, aussi bien que certains modes de suture dans lesquels on s'est proposé des simplifications qui n'ont pas toujours été heureuses.

Et, chose remarquable, après avoir proposé et expérimenté bien des modifications, on en revient toujours à la suture si simple et si logique, primitivement indiquée par Sänger, c'est elle encore qui fournit les meilleurs résultats et qui est le plus commode à appliquer.

La suture est faite avec du fil de soie, on le prend fort pour les sutures profondes, fin pour les sutures superficielles.

On introduit une ou plusieurs éponges dans la cavité utérine et on procède d'abord à la suture profonde.

1° *Suture profonde.* — Pour la faire on se sert ou bien d'une grande aiguille montée sur un porte-aiguilles, ou d'une aiguille de Reverdin. Les sutures profondes doivent être aussi nombreuses que possible, distantes les unes des autres d'un

centim. environ, c'est une condition indispensable pour la bonne réussite de l'opération.

L'aiguille pénètre dans l'utérus par la face péritonéale à 1 centim. environ des bords de la plaie, elle s'enfonce obliquement dans le tissu utérin et vient sortir dans la cavité utérine au niveau ou au-dessous de la muqueuse.

L'aiguille traverse ensuite la lèvre opposée de la plaie utérine dans une direction exactement symétrique. On applique, suivant l'étendue de la plaie, 8 ou 10 sutures éloignées de 1 centim. Les fils ne sont noués que quand tous ont été appliqués ; aussi doit-on saisir les deux chefs de chacun des fils dans une pince à pression pour éviter qu'ils ne s'enchevêtrent les uns dans les autres. Avant de commencer à nouer les fils, on retire l'éponge qu'on avait mise provisoirement dans l'utérus et on fait une nouvelle toilette de la cavité utérine et de la plaie elle-même.

Les nœuds doivent être serrés assez fortement et pendant que l'opérateur les serre, l'aide avec une pince enfonce le péritoine pour l'adosser dans la profondeur. On s'arrange de façon à appliquer le nœud latéralement pour qu'il ne soit pas superposé à la ligne de réunion. Il s'agit bien entendu d'un nœud chirurgical avec double boucle à laquelle est superposée une boucle simple; ce détail a son importance, faute de prendre la précaution précédente, on s'expose à voir le nœud se défaire, la plaie bâiller et une hémorrhagie se produire quelques heures après que l'opération est terminée. C'est ce qui arrive si souvent quand on emploie le fil de catgut qui se gonfle à l'humidité et à la chaleur ; avec la soie cet accident n'est pas à craindre quand le nœud est fait selon les règles.

J'ai dit que dans la suture profonde, le fil devait pénétrer dans la cavité utérine et par conséquent passer au-dessous de la muqueuse qui, ultérieuremeut, sera réunie quand on serrera le nœud. Il est simple de procéder ainsi Sänger autrefois conseillait de passer au-dessus de la caduque pour ne pas l'intéresser et pour que le fil profond ne soit pas en com-

munication avec la cavité utérine et ne puisse s'infecter au contact des lochies. L'expérience a montré que ces craintes étaient exagérées.

D'ailleurs quand on passe au-dessous de la muqueuse, celle-ci est immédiatement coupée par le fil pendant qu'on le noue, et il s'arrête à la face profonde de la couche musculaire ; le fil est donc par ce fait même isolé de la cavité utérine. Il faut ajouter que la muqueuse se réunit très rapidement presque aussi vite que la séreuse, plus vite que la musculaire : il y a donc tout intérêt à favoriser cette réunion. Enfin, il y a dans certains cas inconvénient à passer le fil entre la muqueuse et la musculaire, car il est arrivé que l'aiguille a traversé un sinus utérin et qu'on a dû la retirer pour la faire pénétrer plus profondément, presque dans la cavité utérine (1).

2° *Suture superficielle.* — C'est une suture séro-séreuse destinée à parfaire l'occlusion de la plaie entre les sutures profondes séro-musculaires. Si avant d'y procéder on examine la plaie utérine, on voit que les bords péritonéaux sont recroquevillés en dedans et que le péritoine s'y trouve adossé à lui-même sur une certaine largeur de 1 ou 2 millimètres à peu près. Il y a donc adossement de la séreuse, mais cet adossement qui n'est pas assez intime ne serait pas permanent et en outre, la tunique musculaire elle-même n'est pas encore suffisamment fermée dans l'intervalle des sutures profondes. La prudence est donc d'ajouter des sutures superficielles. Elles seront faites au fil de soie fin. Elles doivent être très nombreuses, il y en aura 2 ou même 3, suivant les besoins, entre deux sutures profondes voisines.

La suture sera exécutée comme la suture de l'intestin, avec une aiguille ronde et fine, elle devra autant que possible

(1) Il est bien entendu que ces remarques ne s'adressent qu'aux cas dans lesquels il n'y a pas d'infection de la muqueuse utérine : dans le cas contraire, le passage du fil de suture à travers la muqueuse ne serait pas indifférent et il faudrait l'éviter ; mais j'ai hâte d'ajouter que l'infection est une contre-indication absolue à l'opération de Sänger et qu'on doit alors pratiquer l'amputation de Porro.

traverser deux fois de chaque côté le péritoine et pénétrer un peu dans le tissu musculaire, en somme ce sera une véritable suture de Lembert.

Quand tous les fils superficiels sont noués on les coupe au ras du nœud. Leur nombre est variable, il y a ordinairement deux fois plus de sutures superficielles que de sutures profondes.

Il est facile de faire des sutures superficielles séparées, le seul inconvénient qu'ait cette façon d'agir est d'exiger un temps assez long; mais il est compensé par la simplicité de la suture, par sa bonne application, par le parfait adossement qu'elle assure sans dévier la séreuse, par sa solidité. Aussi la crois-je préférable à la suture en surjet employée par quelques auteurs, suture qui adosse moins bien les tissus et ferme moins exactement la plaie qu'elle rend souvent irrégulière.

Je viens de dire que la suture superficielle doit être surtout séro-séreuse ; si elle n'empiète qu'un peu sur le tissu musculaire de l'utérus, elle représente une véritable suture de Lembert. On peut avec avantage se départir sensiblement de cette manière de faire, tout en conservant un adossement séro-séreux parfait.

On opérera alors de la façon suivante. Les sutures profondes nouées, on introduit l'aiguille qui conduit les sutures superficielles à 5 millim. environ des bords de la ligne de réunion, on enfonce l'aiguille d'une quantité égale dans la profondeur du muscle utérin ; on peut même la faire pénétrer davantage et intéresser par conséquent la moitié de l'épaisseur de la paroi utérine, puis on noue. Grâce à la suture profonde, le péritoine était déjà adossé, mais l'adossement est rendu plus intime par cette suture superficielle et les feuillets péritonéaux ne risquent plus de se séparer l'un de l'autre. Cette suture quoique n'appartenant pas au type de la suture de Lembert n'en répond pas moins aux indications de cette dernière ; elle offre sur la suture de Lembert l'avantage de réunir la portion superficielle de la musculaire qui a de

la tendance à bâiller entre les sutures profondes et par conséquent mérite de lui être préférée.

Donc au lieu de faire un plan de suture séro-musculaire, évitant la muqueuse et un plan de suture séro-séreuse pure, je crois préférable de dire :

La suture se compose de deux plans.

1° Un plan profond comprenant toute l'épaisseur de la paroi utérine y compris la muqueuse ;

2° Un plan superficiel intéressant la moitié de l'épaisseur de la paroi utérine ou au moins 5 millim. du tissu musculaire.

Cette dernière suture est une suture séro-musculaire, la première étant une suture séro-musculo-muqueuse. Grâce à ces sutures les 3 couches, péritonéale, musculaire, muqueuse, de la paroi utérine sont intimement et invariablement adossées et comme la séreuse et la muqueuse se cicatrisent rapidement, on arrive au bout de quelques heures à obtenir une séparation absolue non seulement entre la cavité utérine et la cavité péritonéale, mais encore entre la plaie utérine et l'une et l'autre des cavités précédentes.

La plaie utérine est dorénavant fermée, indépendante à la fois de la cavité péritonéale et de la cavité utérine qu'elle isole. On peut alors abandonner l'utérus à lui-même. Si on avait exercé une compression sur son pédicule pour assurer l'hémostase, on la supprime peu à peu. L'aide diminue progressivement la pression qu'il exerce avec la main, ou bien il lâche insensiblement le lien élastique provisoire, de manière à empêcher un afflux trop rapide du sang dans l'utérus et à ne laisser la circulation se rétablir que lentement.

Ordinairement, quand la compression n'a pas été exagérée, l'utérus se colore, devient turgide mais n'augmente pas démesurément de volume : c'est que l'utérus reste bien rétracté et que la plaie placentaire ne saigne pas. Il ne s'écoule pas non plus de sang par la ligne de réunion. Il n'est plus question en effet d'hémorrhagie par la plaie. Quand la suture est bonne et assure une excellente coaptation des lèvres de la plaie. On laisse quelques instants encore l'utérus hors du

ventre pour le surveiller et après s'être convaincu qu'effectivement il n'existe aucun danger d'hémorrhagie, on l'essuie, on saupoudre d'iodoforme la ligne de suture et on le réintègre dans le ventre.

— Mais quelquefois il n'en va pas aussi simplement. La plaie saigne en plusieurs points: on en est quitte pour appliquer quelques sutures superficielles de plus; il peut aussi y avoir un suintement sanglant aux points d'entrée des sutures profondes, on fait alors à ce niveau des sutures hémostatiques avec du fil très fin, c'est le meilleur moyen de fermer ces petites plaies qui fournissent du sang.

Ce sont là des accidents secondaires en comparaison des hémorrhagies fournies par la face interne de l'utérus au niveau de la surface où s'insérait le placenta, hémorrhagies naturellement liées à l'inertie utérine. J'ai déjà parlé de ces hémorrhagies et j'ai dit comment il convenait de les combattre. On reconnaît à la consistance de l'utérus que l'organe est inerte, on reconnaît à sa rapide augmentation de volume que sa cavité est distendue par du sang. On ne perdra pas de temps; on fera immédiatement une injection d'ergotine ou mieux d'ergotinine, on malaxera l'utérus énergiquement, on videra, en passant par le col, la cavité utérine des caillots et du sang qui la remplissent et on fera une injection à 50°; puis, si l'hémorrhagie continue, on appliquera à nouveau le lien élastique provisoire.

Dès que ce lien aura été serré l'hémorrhagie sera forcément arrêtée. Et il est possible alors qu'au bout de quelques minutes, sous l'influence du massage, de l'évacuation des caillots, de l'eau très chaude et de l'action de l'ergotine, l'utérus se contracte bien. Si ce résultat est obtenu on enlève le lien et tout danger est conjuré; après quelques minutes d'expectation on pourra rentrer sans crainte l'utérus dans le ventre. Mais si l'utérus ne se contracte pas, il ne faut pas tarder davantage et on doit se décider à supprimer la source de l'hémorrhagie en enlevant l'utérus. On laisse donc le lien élastique en place, on le serre plus fortement et on ampute

au-dessus de lui l'utérus comme dans l'opération de Porro. L'opération qui devait être une opération conservatrice devient, par le fait d'une complication grave, une opération radicale. Cette détermination qu'il faut avoir le courage de prendre assez tôt sauvera la vie de la femme. Si au contraire on hésite trop longtemps, la femme succombera malgré l'amputation de Porro aux conséquences d'une hémorrhagie abondante.

En somme, après la suture de l'utérus on peut observer deux ordres d'hémorrhagies :

1° Une hémorrhagie externe par la plaie ; cette hémorrhagie cède rapidement à l'application de nouvelles sutures.

2° Une hémorrhagie interne. Cette dernière a ordinairement sa source dans la surface d'inertie placentaire et est due à l'inertie utérine ; exceptionnellement elle pourrait se produire par la face profonde de la plaie utérine mal réunie du côté de la muqueuse. Contre cette hémorrhagie il faut après avoir vidé l'utérus des caillots et avoir pratiqué une injection très chaude, appliquer le lien élastique, et une fois ce lien appliqué masser l'utérus, l'envelopper de compresses très chaudes pour exciter ses contractions, et faire une injection d'ergotine ou d'ergotinine. Si l'utérus se contracte bien, on retire le lien élastique et on observe quelques minutes.

L'hémorrhagie ne se reproduit pas, l'utérus est bien rétracté : on le réintègre dans le ventre, tout danger a disparu.

L'utérus redevient-il mou, et l'hémorrhagie reprend-elle ? on réapplique le lien élastique et on procède à l'amputation de Porro.

Si l'utérus ne se contracte pas au-dessus du lien : sans plus attendre, on ampute l'utérus.

— Un précepte qu'il ne faut pas oublier quand il s'agit d'hémorrhagie par inertie utérine après la délivrance, c'est de faire une injection intra-utérine très chaude, et de vider l'utérus des caillots qu'il contient.

Ce précepte trouve son application également dans les hémorrhagies que nous envisageons en ce moment. Il est donc utile, comme je viens de le dire, d'extraire les caillots

de l'utérus, et de faire une injection intra-utérine très chaude. Cela est facile dans les cas où la section césarienne est pratiquée à une période avancée du travail, car alors l'orifice est dilaté et la main peut le traverser. Cela devient impossible, au contraire, quand on opère avant tout travail ou bien quand l'orifice est coarcté par un néoplasme. On devra dans ce cas, se résoudre plus rapidement à l'amputation de l'utérus. Car de rouvrir la plaie suturée de l'utérus, pour passer directement ainsi dans la cavité utérine, il ne saurait en être question ; mieux vaut encore amputer l'utérus que de faire subir à la plaie utérine des traumatismes répétés, et d'allonger d'une façon démesurée la durée de l'opération conservatrice.

d. *Toilette du péritoine.* — Il y a peu de chose à en dire. Quand les précautions sont bien prises, il n'a pénétré dans le ventre ni liquide amniotique ni sang : la toilette par conséquent n'est pas utile. Elle le devient au contraire quand des liquides se sont épanchés dans le péritoine. La toilette sera faite alors avec des éponges qu'on plonge surtout dans le petit bassin où s'accumulent les liquides, dans le cul-de-sac de Douglas, dans le cul-de-sac vésico-utérin ; on cesse dès que l'éponge, n'entraînant plus rien, revient immaculée.

Cela fait l'utérus est réintégré dans le ventre et placé sur la ligne médiane.

On a retiré, s'il y a lieu, les anses intestinales qui sont descendues dans le petit bassin et on repousse celles qui tendraient à s'appliquer entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure. Puis on rabat le grand épiploon sur la face antérieure de l'utérus après avoir saupoudré d'iodoforme la ligne de réunion.

Reste à procéder à la suture de la paroi abdominale.

6° Suture de la paroi abdominale. — Elle est faite comme après toute laparotomie à l'aide de deux plans de sutures, un plan profond et un plan superficiel.

Les sutures profondes comprennent la peau, les couches

musculaires et aponévrotiques et le péritoine, de telle sorte que quand les sutures sont serrées les faces séreuses du péritoine pariétal sont adossées l'une à l'autre. Les pinces à forcipressure qu'on avait appliquées sur les bords du péritoine, immédiatement après l'ouverture du ventre, rendent ici un grand service, car elles permettent de retrouver facilement la séreuse qui se serait rétractée si elle n'avait pas été maintenue.

La suture profonde est faite au fil de soie ; on peut avec avantage employer le crin de Florence pour la suture superficielle.

Le drainage est inutile, la plaie abdominale sera donc réunie dans toute son étendue et s'il ne survient pas de suppuration au niveau des fils, il y aura peu de chances d'éventration dans l'avenir.

e) *Pansement immédiat.* — Il est très simple, c'est celui de toute laparotomie : ligne de réunion saupoudrée d'iodoforme, toilette de la femme, gaze iodoformée sur la plaie, une couche de coton hydrophile, une couche épaisse de coton ordinaire, le tout maintenu par un bandage de corps en flanelle suffisamment serré et descendant suffisamment bas.

f) *Traitement des suites de couches.* — Moins il sera actif et mieux cela vaudra.

Cathétérisme ; injections de morphine suivant les indications ; diète les deux ou trois premiers jours ; boissons froides en petite quantité ; puis lait coupé d'eau de Vichy ; magnésie contre le tympanisme Il n'est pas bon de laisser les matières s'accumuler dans l'intestin, et la constipation ne doit pas être recherchée.

Le 8e jour on enlève les sutures abdominales et on renouvelle le pansement comme il avait été fait. La malade se lève vers le 21e jour.

Comme on a appliqué un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, il n'y a pas d'injection à pratiquer ; on retire ce tamponnement suivant la façon dont il est toléré, entre le 3e et le 5e jour et on peut lui substituer soit un nouveau tampon soit des injections vaginales quotidiennes.

S'il survient des complications, on les traite comme après toute laparotomie. La plus fréquente est la péritonite. On s'aperçoit bien vite de son existence. Quand elle est généralisée, elle est toujours mortelle. On la soigne par les moyens médicaux classiques. Mais n'y aurait-il pas lieu d'être plus hardi et quand on voit que l'état est menaçant ne pourrait-on pas recourir à un traitement plus actif ?

On s'adresse ordinairement à la cavité utérine, à la muqueuse et on pratique des injections intra-utérines antiseptiques ; c'est bien, mais c'est insuffisant.

On devrait donc ne pas reculer devant la nécessité de combattre directement la péritonite puerpérale elle-même et pour cela il n'y a qu'un moyen véritablement efficace, le lavage et la toilette du péritoine et le drainage de la cavité abdominale. Il suffirait de couper quelques fils de suture vers la partie inférieure de la plaie, pour ouvrir la cavité abdominale et la rendre accessible.

On serait autorisé encore dans certains cas à agir avec plus d'énergie, et si à l'examen on reconnaissait que l'utérus est lui-même fortement atteint, qu'il y a de la métrite septique, de la suppuration au niveau des trajets des fils, il ne faudrait pas hésiter à en pratiquer l'amputation. C'est la seule chance qu'on ait de sauver la femme vouée à une mort certaine. N'a-t-on pas vu Olshausen pratiquer avec succès l'ablation de l'utérus chez une femme qui était déjà atteinte de péritonite et dans l'utérus de laquelle se putréfiait le placenta de l'avortement ?

Une autre complication locale peut encore survenir quelques jours après l'opération, c'est une hémorrhagie intrapéritonéale provenant de la portion de plaie utérine qui bâille dans l'intervalle de deux sutures. Dans un cas de Léopold, cette hémorrhagie s'est terminée fatalement. Elle n'a été reconnue qu'à l'autopsie, car on pensait à une péritonite. Si on avait songé à la possibilité d'une hémorrhagie, et si on avait ouvert la plaie abdominale, pour examiner l'utérus et le péritoine *de visu*, on aurait trouvé la cause de l'hémorrhagie,

et une nouvelle suture superficielle appliquée à l'utérus, en aurait rendu maître immédiatement; la femme eût probablement été sauvée par cette intervention.

Lors donc que l'état de l'opérée inspire de sérieuses inquiétudes, il serait prudent d'ouvrir la plaie abdominale et d'examiner directement l'utérus et le péritoine, pour les traiter comme il convient. Je suis persuadé qu'on arriverait ainsi à sauver bien des femmes.

Opération de Porro.

Elle est encore désignée sous les noms de :

Opération césarienne radicale.

Opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.

Elle diffère de l'opération de Sänger en ce qu'au lieu de conserver l'utérus et de le suturer on l'ampute au-dessus du col.

Il y a plusieurs manières de pratiquer l'opération ; ce qui les distingue surtout les unes des autres, c'est la façon de traiter le moignon résultant de l'amputation de l'organe : on le fixe à la paroi abdominale, on le perd dans le ventre, on l'inverse dans le vagin, Je ne les signalerai pas et je me bornerai, pour me limiter au programme que je me suis proposé, de décrire le manuel opératoire le plus simple, le plus pratique, celui qui à l'heure actuelle paraît donner les meilleurs résultats.

L'opération comprend les 6 actes suivants :

1° Incision de la paroi abdominale.

2° Incision de l'utérus.

3° Extraction du fœtus.

4° Amputation de l'utérus.

5° Traitement du moignon utérin.

6° Suture de la paroi abdominale.

A ces temps principaux viennent s'ajouter des actes secondaires.

a) Moyens d'empêcher le passage des liquides et du sang de l'utérus dans le ventre.

b) Hémostase de l'utérus.

c) Toilette du péritoine.

d) Pansement immédiat.

Vient ensuite le traitement des suites de couches.

Les trois premiers temps sont les mêmes dans l'opération de Porro et dans l'opération de Sänger. Ils constituent en effet la *phase fœtale* de l'opération césarienne et ne peuvent manquer d'être identiques. La différence ne commence qu'avec la *phase maternelle* dans laquelle on se propose de réparer les dégâts de l'organisme maternel, fatalement commandés par l'extraction de l'enfant : la phase maternelle seule caractérise la méthode radicale.

1° INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE. — Elle est pratiquée sur la ligne blanche et ne doit pas descendre à plus de deux travers de doigt du pubis.

Sa longueur variera suivant la façon dont on veut ou doit extraire l'utérus.

Si l'utérus ne sort du ventre qu'après l'extraction du fœtus, l'incision de 16 centimètres, que j'ai décrite à propos de l'opération de Sänger, suffit.

Si au contraire on veut extraire l'utérus avant de l'ouvrir, alors qu'il contient encore le produit de conception, l'incision doit être beaucoup plus grande, atteindre par conséquent le fond de l'utérus et mesurer 24 centimètres de hauteur. On l'agrandit aux ciseaux vers la partie supérieure ; la brèche est très grande, mais elle doit être ainsi pour laisser passer l'utérus gravide qui est énorme.

a. *Moyens d'empêcher le passage des liquides et du sang de l'utérus dans le ventre.* — Je n'ai qu'à me reporter à ce que j'ai dit au sujet de l'opération de Sänger pour les cas où l'utérus est incisé *in situ* et où il ne sort du ventre qu'entraîné par le fœtus.

Dans ces conditions l'incision abdominale mesure 16 centimètres. Il est nécessaire pour agir ainsi, c'est-à-dire pour inciser l'utérus *in situ*, que l'œuf ne soit pas infecté, qu'il

n'y ait pas de putréfaction du liquide amniotique, que les membranes ne soient pas rompues ou qu'elle ne le soient que depuis peu. Alors l'accès dans le péritoine d'une petite quantité de liquide aseptique n'a pas grande importance.

Il en est tout différemment dans les circonstances contraires. L'œuf est ouvert depuis longtemps, le liquide amniotique est fétide : il faut prendre bien garde à ce qu'il n'en tombe pas dans le ventre sous peine de voir se développer une péritonite mortelle ; certes nous savons faire scrupuleusement et d'une manière efficace la toilette du péritoine, mais ne vaudrait-il pas mieux encore rendre cette toilette inutile en empêchant l'accès des liquides septiques dans le péritoine ? On n'est jamais absolument sûr de faire un nettoyage parfait.

Or l'isolement du péritoine n'est obtenu qu'imparfaitement avec les éponges, et quelque soin que mette l'assistant à bien appliquer la paroi abdominale contre l'utérus, on ne saurait affirmer qu'il n'existe pas une solution de continuité à travers laquelle le liquide amniotique ne puisse s'insinuer. Il y a mieux à faire et toute crainte s'évanouit quand on attend pour inciser l'utérus que l'organe soit sorti du ventre. Müller, de Berne, a conseillé cette méthode. Elle consiste à faire basculer hors du ventre l'utérus encore intact pour l'extraire de la cavité abdominale avant de l'ouvrir. En gynécologie, les grosses tumeurs solides utérines ou ovariennes sont amenées hors du ventre de la même façon avant d'être séparées de leur pédicule.

Le corps de l'utérus est donc tout entier hors de la cavité abdominale, on ferme celle-ci derrière lui en rapprochant les lèvres de la plaie, après toutefois avoir appliqué au-dessous d'elle une grande éponge. L'aide maintient solidement les lèvres de la plaie accolées l'une contre l'autre de façon à empêcher l'accès de l'air et à s'opposer à la hernie de l'intestin. On pourrait immédiatement suturer une partie de la plaie abdominale, mais mieux vaut extraire de suite le fœtus qui peut souffrir à cause du trouble apporté à la circulation utérine par le redressement de l'utérus.

Quand on incisera l'utérus, il sera dorénavant impossible que du liquide amniotique pénètre dans le péritoine et tout danger d'infection directe sera écarté.

Le seul inconvénient que présente cette méthode c'est de nécessiter une grande incision de la paroi abdominale, mais nous devons y attacher une importance médiocre en regard des avantages qu'elle confère, aujourd'hui surtout que nous sommes en mesure de suturer sans suppuration et sans crainte d'éventration sensible.

Lors donc qu'il sera nécessaire d'éviter le passage du liquide amniotique dans le ventre, il conviendra d'extraire l'utérus avant de l'inciser et d'opérer de la façon suivante : L'abdomen ouvert sur 24 centimètres de hauteur, l'opérateur porte la main derrière le fond de l'utérus et le fait basculer en avant; l'assistant l'aide dans cette manœuvre en repoussant en arrière les lèvres de la plaie abdominale.

Ordinairement l'utérus sort assez bien; mais si on éprouvait trop de résistance il faudrait agrandir la plaie abdominale à la partie supérieure.

Dans des cas exceptionnels le mouvement de bascule de l'utérus a été impossible; on a été forcé d'inciser l'utérus en place ; on devrait si cette circonstance se présentait redoubler de précautions pour empêcher le passage dans le péritoine du liquide amniotique.

2° Incision de l'utérus. — Quand l'utérus reste dans le ventre, elle est pratiquée comme dans l'opération de Sänger. L'utérus ayant été attiré hors du ventre, le siège et la direction de l'incision importent peu ; qu'elle ne descende pas toutefois dans le segment inférieur ; on la fera le plus loin possible de l'ouverture abdominale.

3° Extraction du foetus. — Elle ne demande dans le cas particulier aucune description spéciale.

b. *Hémostase de l'utérus.* — On ne s'en occupera, j'y ai déjà insisté qu'après la sortie du fœtus. L'inertie utérine importe

peu, puisqu'on se débarrasse de l'utérus qui en est le siège. Aussi serait-il superflu de prendre autant de précautions que dans l'opération de Sänger et peut-on immédiatement après l'extraction de l'enfant exercer sur le pédicule de la cicatrice une constriction assez énergique pour arrêter toute circulation dans le corps de l'organe.

Aussitôt donc que l'enfant est extrait, on entoure le col de l'utérus d'un lien de caoutchouc solide (tube de caoutchouc non perforé de 5 millimètres environ de diamètre) et on le serre assez fort pour suspendre tout écoulement de sang par l'utérus. On ne s'occupe donc pas du placenta. On applique le tube de caoutchouc à l'union du col et du segment inférieur de l'utérus, au-dessus des ovaires, en prenant bien garde de ne pas comprendre la vessie dans son anse. On s'assurera du fait en examinant attentivement le point où le caoutchouc est appliqué ; en cas de doute on n'hésiterait pas à introduire une sonde métallique dans la vessie et à en explorer toute la cavité. Le lien élastique bien appliqué on le serre, peu à peu, progressivement, sans se hâter, en tirant sur les deux chefs qu'on croise en avant ; on s'oppose de la sorte à ce que le lien ne glisse et ne s'échappe, car il se creuse un sillon, une sorte de lit dans lequel il se trouve retenu. Il est bon de faire décrire au lien élastisque deux anses autour du col de l'utérus. Les deux chefs croisés du lien élastique sont alors noués, et le nœud saisi solidement dans une pince forte ou dans un clamp. L'hémostase provisoire est obtenue.

Pour la transformer en hémostase définitive il suffit de lier solidement le caoutchouc. On applique à cet effet, deux solides ligatures superposées avec du fil de soie, au défaut de la pince ou du clamp provisoire, sur le nœud du lien élastique.

La constriction est parfaite et durable ; car le lien de caoutchouc ne glisse pas, et en vertu de son élasticité, il suit le moignon dans son retrait et le comprime avec une énergie constante qui assure la permanence de l'hémostase.

4° Amputation de l'utérus. — Le fœtus est extrait,

l'hémostase de l'utérus est assurée, il reste à amputer l'utérus et les ovaires.

La section est pratiquée à deux travers de doigt au-dessus du lien élastique. La partie enlevée comprend ordinairement les ovaires ; dans le cas contraire on ferait l'ablation de ces glandes au-dessus d'une ligature spéciale.

En même temps que le corps de l'utérus et les ovaires, on se débarrasse tout naturellement du placenta et des membranes, qu'on avait laissés en place sans s'en occuper. Le moignon est exsangue.

Les précautions les plus minutieuses ont été prises jusqu'ici pour protéger le péritoine contre l'accès des liquides et du sang ; dorénavant il n'y a plus de chances d'infection immédiate du péritoine puisque l'utérus qui contenait seul les produits septiques est enlevé.

c. *Toilette du péritoine.* — Elle sera très rudimentaire si les précautions que j'ai indiquées ont été bien prises.

Quand elle est terminée une éponge est appliquée sur les organes abdominaux au-dessous de la plaie abdominale et on procède au traitement du moignon utérin.

5° Traitement du moignon utérin. — Ce traitement comprend :

1° L'hémostase du moignon.

2° La toilette et la cautérisation du moignon.

3° Sa fixation à la paroi abdominale.

J'ai déjà dit de quelle façon on transformait l'hémostase provisoire de l'utérus en hémostase définitive. Le tube de caoutchouc, qui fait deux fois le tour du col de l'utérus et qui est fixé solidement, rend le pédicule utérin exsangue et se détachera plus tard en même temps que la portion mortifiée de ce pédicule.

Au centre du moignon, on trouve la muqueuse du segment inférieur du col de l'utérus. Cette muqueuse contient des germes septiques si l'opération a été faite dans de mauvaises conditions. Il est donc bon de s'en débarrasser. A cet

effet, soit au bistouri, soit aux ciseaux, on en pratique l'excision aussi profondément que possible ; on creuse donc le moignon en entonnoir ; on fait aussi l'ablation de tous les tissus exubérants, en ne laissant que juste la quantité nécessaire pour servir de soutien au lien hémostatique.

Puis on cautérise énergiquement le moignon au thermocautère, surtout sur la muqueuse du col, et on le cautérise ensuite au chlorure de zinc. Le moignon est alors parfaitement aseptique, et sous l'eschare qu'on a produite, il pourra se momifier sans crainte d'infecter la femme.

Si on abandonnait à lui-même le moignon ainsi préparé, il ne tarderait pas à s'enfoncer dans le ventre où on le perdrait. Il verserait alors dans le péritoine les produits septiques qui pourraient résulter de son sphacèle, et il y aurait à craindre qu'il n'infectât le péritoine, et ne produisît une péritonite mortelle. Ce n'est pas fatal, mais possible ; il est donc urgent de l'éviter.

Il suffit pour cela de fixer le moignon à la paroi abdominale.

D'abord, on le traverse de gauche à droite au-dessus du tube de caoutchouc par une forte broche d'acier ; cette broche soutient le pédicule en le suspendant pour ainsi dire au-dessus de la paroi abdominale sur laquelle elle repose. On applique la broche avant même de parer le moignon et de le cautériser.

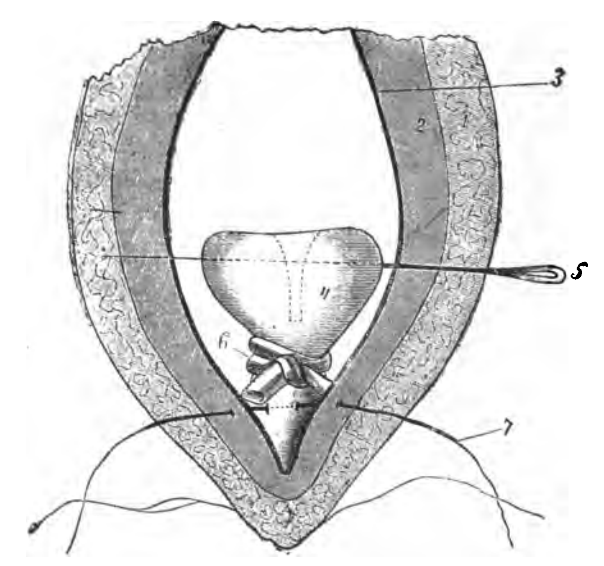
Outre l'emploi de la broche, on doit encore fixer directement le moignon à la plaie abdominale par la suture ; cette fixation, outre son importance mécanique, a pour effet de fermer autour du moignon la cavité abdominale. On la pratique de la façon suivante :

Sur toute la périphérie du moignon, *au-dessous du lien élastique,* on suture à la soie le péritoine pariétal au péritoine du moignon ; on en fait ainsi le tour pour qu'il soit sur toute sa circonférence tapissé par le péritoine de la paroi, qui l'enserre comme dans un collet.

Les adhérences s'établissent bien vite entre les surfaces péritonéales, et la portion du pédicule qui va se sphacéler sera

donc immédiatement isolée de la cavité abdominale qu'elle ne pourra pas infecter par ses sécrétions.

6° SUTURE DE LA PAROI ABDOMINALE. — Elle comprend des sutures profondes et des sutures superficielles. On ne pratique pas de drainage ; donc le ventre est exactement fermé, en haut par la suture propre de la paroi abdominale,



Fixation extra-péritonéale du pédicule.

en bas par la suture du moignon utérin à la même paroi. J'ai dit qu'on pouvait commencer la suture de la paroi dans sa partie supérieure avant d'inciser l'utérus.

d. *Pansement immédiat.* — Le moignon est saupoudré d'iodoforme et enveloppé de gaze iodoformée. La ligne de réunion est recouverte également de gaze iodoformée; puis on termine le pansement avec de l'ouate au sublimé, de l'ouate ordinaire et on comprime et immobilise avec un bandage de corps en flanelle.

e. *Traitement des suites de couches.* — Je n'ai de particulier à signaler que la façon de traiter le pédicule.

On attache une grande importance à la façon dont le moignon se gangrène ; la gangrène peut être sèche ou humide ; il faut autant que possible que le sphacèle soit sec, que le moignon se momifie. Ce résultat sera assez facilement obtenu si on cautérise tous les jours le moignon au chlorure de zinc.

Les parties putréfiées et ramollies seront détachées aussitôt que reconnues ; on évitera ainsi l'absorption de substances putrides, et les phénomènes graves qui en sont la conséquence et qui emportaient autrefois un grand nombre des malades après l'opération de Porro.

Le 8e jour on enlève les fils de la suture abdominale. Dans la 3e semaine généralement le moignon tombe avec le lien de caoutchouc et il ne reste plus qu'un entonnoir assez profond qui se remplit de granulations, et se comble plus ou moins vite ; au bout de six semaines la plaie est ordinairement cicatrisée et l'opérée peut quitter le lit.

La cicatrisation est assez longue comme on le voit ; pendant toute sa durée, la malade est exposée aux complications des plaies profondes qui suppurent. Les suites de couches sont donc moins simples après l'opération de Porro qu'après l'opération de Sänger et elles exigent plus de soins et d'attention.

— Tel est le manuel opératoire des deux méthodes d'opération césarienne qu'on peut pratiquer aujourd'hui avec avantage. Je laisse de côté l'ablation totale de l'utérus qui est une opération exceptionnelle, et la gastro-élytrotomie qui n'a aucune importance. J'ai choisi pour chaque opération la technique la plus simple ; je n'ai pas toujours donné les raisons qui m'ont déterminé à préférer telle manière de faire, cela m'eût entraîné trop loin.

J'ai suivi pas à pas l'opérateur ; j'ai tâché de ne rien passer sous silence, de signaler les difficultés et les complications qui se présentent dans le cours de l'opération ; et je me suis efforcé de donner une description complète qui permît au médecin le moins familiarisé avec la section césarienne de mener à bien une opération de ce genre.

J'avoue avoir donné à certains points un développement

peut être exagéré, et avoir abordé des sujets qui, comme l'antisepsie, n'appartenaient pas strictement à la question. Ce reproche peut m'être adressé par des chirurgiens rompus à la technique de la laparotomie et pour lesquels ces choses sont devenues élémentaires. Je ne crois pas cependant qu'il en soit de même pour tout le monde ; et j'estime qu'en dehors des laparotomistes de profession, il y a bien des personnes exposées à pratiquer l'opération césarienne qui pourront tirer profit des détails que je donne.

EXPÉRIENCES ET RÉFLEXIONS SUR LE DRAINAGE DU PÉRITOINE (1)

Par le Dr **Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté de médecine.

(Suite et fin).

IV. — Indications du drainage.

Tous les gynécologues admettent aujourd'hui que dans les laparotomies ordinaires, le drainage est inutile quand l'antisepsie ou l'asepsie est rigoureuse. Il faut donc certaines complications, ou au moins certaines circonstances particulières pour indiquer le drainage. Voyons quelles sont ces circonstances.

Je m'occuperai seulement du drainage primitif, de celui qui se fait au moment de l'opération.

Lorsqu'on lit les nombreux écrits, qui ont paru sur ce sujet, l'entente semble très près de s'établir entre les différents chirurgiens ; mais lorsqu'on étudie leurs statistiques, on voit qu'en réalité leurs pratiques sont très différentes. Les uns emploient fréquemment le drainage, tandis que d'autres n'y ont recours que très exceptionnellement.

Il me semble qu'en Amérique il est d'un usage plus courant qu'en France. La raison de ce fait est sans doute que les très petites incisions jouissent d'une grande faveur dans

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, Février 1890.

le premier pays. Price (1) l'indique en substance. Si l'incision est grande, la toilette du péritoine peut être faite avec soin, ce qui rend souvent le drainage inutile, mais les grandes incisions exposent grandement aux hernies ». Ces incisions qui ne permettent d'introduire dans l'abdomen que deux doigts, rendent les manœuvres difficiles, elles ne permettent pas de voir, de contrôler par l'œil les résultats de la toilette. Le chirurgien est mal renseigné sur l'état des parties profondes ; il ferme l'abdomen sans bien savoir ce qu'il laisse dedans ; et, dans cette incertitude, il est souvent conduit à appliquer la maxime à laquelle Munde déclare avoir obéi : « When in doubt, drain (2) ».

Agir de cette façon c'est faire une trop large part au drainage

Du reste, en Amérique même, il est des chirurgiens qui pensent ainsi. B. M. Emmet disait, le 6 avril 1886 à la Société obstétricale de New-York qu'il fallait restreindre l'emploi du drainage, et qu'il lui trouvait plus d'inconvénients que d'avantages.

Je viens de dire qu'en Amérique c'était sans doute l'insuffisance habituelle de la toilette du péritoine qui entraînait l'emploi fréquent du drainage. On a fait quelquefois le parallèle du drainage avec les différents procédés de toilette du péritoine, particulièrement avec le lavage. Je ne sais pas s'il est très juste de comparer le lavage avec le drainage. Ces deux procédés ont chacun des indications spéciales, quelquefois il est indiqué de les employer tous deux. Cependant il y a des cas où ils peuvent en quelque sorte se compenser, où la perfection de la toilette péritonéale, obtenue ou non par le lavage, peut dispenser du drainage, où son insuffisance peut le rendre nécessaire. Je crois que dans les cas de ce genre, il faut toujours préférer le lavage. Ce dernier ne présente aucun inconvénient, tandis que le drainage en a de sérieux, dont les principaux sont de laisser le péritoine

(1) Price. Obst. Soc. of Philadelphia. *Am. J. of obst.*, 1886, p. 526.
(2) Munde *Am. gyn. Society.*, sept. 1887.

ouvert, de nécessiter des pansements nombreux et d'entraîner des adhérences.

Depuis qu'on n'admet plus que le drainage soit le complément nécessaire de toute ovariotomie, bien des chirurgiens ont essayé de préciser les cas dans lesquels on doit l'employer. Je citerai par ordre de dates Martin (1), Wiedow (2), Hunter, Wylie, Lee, Emmet, Skene, Coe (3), Tait (4), Munde (5), J. Price (6), Pozzi (7), Quénu (8).

Je vais successivement étudier toutes les indications qui ont été formulées par les différents chirurgiens.

1° *Durée de l'opération.* — Cette indication reconnue par Wiedow ne me paraît pas nette. Que le drainage soit souvent indiqué après les opérations de longue durée cela est possible ; car si l'opération est longue, c'est généralement qu'il y a des adhérences étendues. Mais ce sont alors les surfaces saignantes des adhérences déchirées qui réclament le drainage, et non pas la durée elle-même de l'opération. Cette durée peut devenir une indication du lavage ; mais je ne crois pas qu'elle puisse être en elle-même une indication du drainage.

2° *Adhérences étendues.* — Beaucoup de chirurgiens considèrent les adhérences, quand elles sont très étendues, comme une indication nette du drainage. Il est dificile d'être précis sur ce sujet. Les diverses variétés d'adhérences ne sont pas comparables entre elles. Des adhérences étendues, mais lâches et peu vasculaires, qu'on déchire sans les lier, et qui

---

(1) MARTIN. Die drainage bei peritonealen operationen. *Samml. klin. Vorträge. V. R. Volkmann*, n° 219, 1882, p. 9-1609.

(2) WIEDOW. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1884, n° 39.

(3) Importante discusion de la Société obstétricale de New-York, 20 avril 1886 Résumée dans *l'Am. J. of obstet.*, 1886, p. 611.

(4) L. TAIT. *Brit. Gyneo. Journ.* Août 1887.

(5) P. F. MUNDE. Drainage after laparotomy. *Am. Gyn. Society*, septembre 1887. *Am. J. of. obst*, 1887, p. 1048.

(6) J. PRICE. *Am. J. of obst.*, 1888, p. 526 et The indications for drainage. in abdominal Surgery, *eod. loc.*, p. 1069.

(7) POZZI. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.* 29 février 1888, p. 105.

(8) QUÉNU. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, 8 mai 1889, p. 385.

déchirées ne donnent pas de sang, ne réclament pas le drain. Si au contraire il s'agit d'adhérences étroites et vasculaires, qui laissent à leur place une véritable plaie saignante, le drainage simple est insuffisant, c'est au tamponnement qu'il faut recourir. En somme, cette question des adhérences est fort complexe. Ce qu'on peut dire de plus général, c'est que les adhérences serrées et vasculaires, ou plutôt les conséquences de leur déchirure sont souvent une indication formelle du drainage ou du tamponnement.

3° *Hémorrhagies.* — Il n'est question ici que des hémorrhagies en nappe, qui se font par des capillaires ou par des petits vaisseaux qu'on ne peut pas lier. Dans les cas de ce genre, on a recours, pendant l'opération à la compression, aux lavages chauds dont l'efficacité est douteuse, au fer rouge, qui est habituellement suffisant. Mais lorsqu'on a épuisé sans succès tous ces moyens, lorsque malgré les cautérisations répétées et bien faites, on n'a pas obtenu une hémostase satisfaisante, que faut-il faire ? On pourrait croire et on a dit en s'appuyant surtout sur les expériences aujourd'hui nombreuses de transfusion intra-péritonéale, que le péritoine étant capable de résorber le sang, il est inutile en cas d'hémorrhagie capillaire de faire le drainage. Il y a là une sorte de malentendu. On ne peut pas comparer les cas où l'on injecte du sang défibriné dans un péritoine sain à ceux où les altérations du péritoine sont précisément l'origine de l'hémorrhagie. En effet, que se passe-t-il dans ce cas. La surface saignante produite par la déchirure des adhérences occupe dans la majorité des cas le cul-de-sac de Douglas ou ses environs, c'est-à-dire, la partie la plus déclive de la cavité péritonéale. Le sang va donc rester à l'endroit même où il est versé, au contact des tissus altérés, qui bien loin de le résorber n'auront d'autre tendance que celle d'en verser davantage.

Je crois donc que dans ce cas-là il ne faut pas se contenter de refermer le ventre. Mais le drainage suffit-il ? Je ne le pense pas ; un simple drain aura d'abord pour effet de supprimer la pression abdominale, puisqu'en somme le drain représente

un orifice qui met l'abdomen en libre communication avec la pression atmosphérique. En supprimant cette pression abdominale, on rendra plus facile et plus probable la continuation de l'hémorrhagie. Si par hasard il permet au sang de s'écouler, il gênera la formation du caillot qui aurait pu obturer les petits vaisseaux. C'est pour ces deux raisons que le simple drainage me paraît dans ces cas plus dangereux qu'utile. A plus forte raison faut-il rejeter l'usage du tube employé uniquement pour révéler les hémorrhagies qui pourraient se produire après la laparotomie (1).

Dans le cas que j'envisage, l'indication, c'est bien plutôt de produire l'hémostase que de donner issue au sang versé. Et pour produire cette hémostase, il n'y a rien de meilleur que le tamponnement antiseptique à la gaze iodoformée avec ou sans le sac de Mikulicz.

4° *Déchirure ou perte de substance du péritoine.* — Les déchirures, ou les résections du péritoine pariétal n'ont pas la gravité qu'on leur attribuait autrefois. Tait avait déjà remarqué qu'on pouvait en enlever des lambeaux étendus sans que la guérison fut troublée. Mais c'est surtout aux recherches, qui ont été faites à propos des fibromes de la paroi abdominale antérieure, que nous sommes redevables de connaissances précises, sur ce sujet. Sklifossowski (2), Sänger (3) ont montré qu'après la résection de portions étendues du péritoine pariétal la guérison pouvait se faire sans troubles, au moins sans troubles apparents. Car il est bien certain que les anses intestinales viennent s'accoler à la plaie péritonéale et que dans ces cas la guérison n'est obtenue qu'au prix d'adhérences étendues, ce qui n'est pas un mince inconvénient. Aussi faut-il, lorsque le péri-

(1) Wylie. Discussion qui a suivi la communication de Munde « Drainage after laparotomy », à l'*American. Gyn. Society*. Septembre 1887.

(2) Sklifossowski. Des blessures du péritoine, *Voïenno-Meditsinski Journal*, 1887, n° VII. *Vratch*, 1884, n° 33.

(3) Saenger. *Archiv. f. Gyn.* vol. XXIV. Tous ces mémoires ont été traduits dans le *Traité des fibromes de la paroi abdominale* de L. Labbé et C. Remy. Paris, 1888.

toine a été déchiré ou réséqué, faire tous ses efforts pour combler la déchirure ou la perte de substance. Lorsqu'il s'agit d'une déchirure, rien n'est plus simple que de la suturer ; lorsqu'il s'agit d'une perte de substance, même étendue, on peut encore y réussir grâce à la mobilité du feuillet pariétal. Mais il est des cas cependant où cela est impossible. Je ne pense pas qu'on doive tenter de combler la plaie par une greffe épiploïque. Ce serait singulièrement compliquer et aggraver une opération déjà longue et grave pour un résultat bien incertain. Il reste alors une plaie agissant ainsi que le dit M. Pozzi « comme double facteur : a) source de suintement ; b) entrave au pouvoir normal de résorption ». Dans ce cas il n'y a rien de mieux à faire que de chercher à rendre cette plaie extra-péritonéale en l'entourant d'adhérences et tout en la maintenant aseptique. Là encore c'est le tamponnement qui est indiqué.

5° *Persistance des tissus morbides et septiques.* — On trouve quelquefois des tumeurs si adhérentes qu'il est presque impossible de reconnaître leurs limites. Pour les libérer on est obligé de dédoubler leurs parois, et lorsqu'elles sont enlevées, il reste une sorte de sac formé par des tissus morbides. Dans d'autres cas, une trompe, par exemple, adhère si fortement au niveau du rectum ou des gros vaisseaux, qu'on craint en détachant les adhérences de déchirer ou de rompre ces organes importants ; et plutôt que de s'exposer à ce grave danger, on prend le parti de laisser une portion de la tumeur. Dans tous ces cas, dont il est inutile de multiplier les exemples, il reste dans le fond du bassin des tissus altérés, souvent septiques, en quantité plus ou moins considérable. Ces tissus vont sécréter des liquides dangereux. Suffit-il d'essayer de les conduire en dehors par un drain. Je ne pense pas que cela soit suffisant car les drains n'assurent pas l'évacuation des liquides ; en outre, ce pourrait être dangereux parce que les liquides sont obligés de traverser des parties saines du péritoine pour arriver à l'extérieur.

La véritable indication dans ces cas, c'est de rendre extra-

péritonéaux ces foyers d'infection. Mais il y a plusieurs manières de la réaliser. Lorsque le sac restant est assez grand et assez souple pour que ses parois puissent être amenées au contact de l'incision abdominale, le mieux est de les suturer à cette incision et c'est ce que tout le monde fait. Souvent le sac est trop petit pour pouvoir être réuni à la paroi abdominale, mais il est suffisant pour que ses bords puissent-être amenés au contact l'un de l'autre. On peut alors les suturer l'un à l'autre, c'est ce que fait Martin : et j'ai déjà dit qu'alors il draine par le vagin la cavité extra-péritonéale qui reste au-dessous de ces parois suturées. Cette manière de procéder n'a peut-être pas reçu en France l'accueil qu'elle mérite. Toutefois, il faut reconnaître que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de se prononcer sur sa valeur. Lorsqu'il ne reste que des débris de tumeur, des parcelles qu'on ne peut traiter d'aucune des deux manières précédentes, le meilleur moyen de les isoler de la cavité péritonéale c'est encore de faire le tamponnement antiseptique.

6° *Rupture dans le péritoine des foyers septiques.* — Je parle seulement ici des ruptures qui se produisent au cours de l'opération. Les liquides septiques ont pénétré dans le péritoine ; l'indication c'est évidemment de les enlever, de faire une toilette aussi minutieuse que possible. M. Quénu (1) pense qu'en cas de rupture de poches purulentes, le drainage peut suppléer au lavage. Certainement on a pu dans ces cas obtenir des succès par le drainage et sans lavage. Mais il est bien hasardeux de tirer de ces succès un argument en faveur du premier contre le dernier : car on sait aujourd'hui que la virulence du contenu des trompes est très variable, qu'elle peut être nulle même lorsque le contenu a l'aspect purulent, et on pourrait toujours répondre que dans ces cas heureux le liquide était peu ou pas septique. Il me semble que lorsqu'il s'agit de débarrasser le péritoine d'un liquide suspect qui vient

(1) Quénu. *Bullet. et mém. Soc. de chir.*, 8 mai 1889, p. 385.

d'y pénétrer, et que le péritoine est largement ouvert comme dans une laparotomie, le lavage remplit bien l'indication tandis que le drainage la remplit mal. Aussi je crois que dans ces conditions le lavage s'impose au chirurgien, qui veut mettre toutes les chances de son côté. Quant au drainage, c'est une mesure de précaution supplémentaire à laquelle il est peut-être bon de recourir, mais dont l'efficacité n'est pas alors très grande.

7° *Déchirure de l'intestin.* — Lorsqu'on a déchiré l'intestin il est très tentant après avoir fait la suture, de mettre une lanière de gaze iodoformée qui, partant de cette suture, va sortir par la plaie abdominale. Cela est très tentant parce que évidemment la mèche de gaze iodoformée ne peut empêcher la suture de réussir, et que si cette suture vient à manquer, elle met à l'abri de terribles accidents. En effet ce n'est généralement qu'au bout de quelques jours, deux ou trois au moins, que la suture lâche. A ce moment, la gaze a déterminé des adhérences: et grâce à ces adhérences, au lieu d'une péritonite grave, il se produira seulement une fistule stercorale.

On peut objecter avec raison que les sutures intestinales réussissent souvent, et qu'il est assez singulier en somme de prendre des mesures en vue de l'échec d'une suture qui est faite pour réussir.

Sans doute, et je ne crois pas qu'il faille avoir recours dans tous les cas à cette mèche iodoformée. D'abord cela n'est pas toujours possible. Lorsque la suture est faite sur une portion mobile de l'intestin, le moyen serait tout à fait illusoire, car la gaze iodoformée ne pourrait suivre l'anse intestinale dans ses déplacements. Et même, en général, toutes les fois que la suture siège sur une portion d'intestin bien saine, on peut se passer de ce drainage. Mais lorsque la déchirure et par suite la suture portent sur un intestin malade, sur le rectum par exemple déjà envahi par l'inflammation, lorsque les tissus malades font craindre un échec de la réunion, n'est-il pas naturel de recourir à l'artifice en question pour diminuer les dangers de l'échec possible ?

8° *Péritonite.* — Lorsqu'il existe des foyers de pelvi-péritonite, on laisse dans le bassin des tissus morbides : cela rentre dans une question que j'ai déjà étudiée : je n'ai pas besoin d'y revenir. Lorsqu'il y a au moment de l'opération une péritonite généralisée, tous les chirurgiens, je crois, considèrent le drainage comme indiqué.

9° *Ascite.* — Voilà ce que dit Sebileau dans sa thèse (1) : « Lorsqu'on opère une tumeur abdominale accompagnée d'ascite, si cette ascite est une ascite légitime, si l'extirpation du néoplasme est facile, s'il n'y a pas d'adhérences, si la quantité de liquide est peu considérable, s'il ne reste pas dans l'abdomen de cavités profondes, anfractueuses, cruentées et aptes à suppurer, un nettoyage minutieux suivi d'un lavage à grande eau suffit à assurer l'issue heureuse de l'opération. Dans tous les cas contraires, il faut drainer ». Je laisse de côté les cas où il existe « des cavités profondes, anfractueuses, cruentées et aptes à suppurer ». Ces cavités réclament le drainage, et il est bien clair que l'ascite n'est pas pour le contre-indiquer. Mais il s'agit de savoir si l'ascite est par elle-même une indication du drainage ? Je crois qu'on ne peut pas répondre d'une manière absolue à cette question. Les ascites ne sont pas toutes de même cause ni de même nature. Certaines réclament le drainage qui est inutile pour d'autres. C'est en étudiant la pathogénie des ascites qu'on arrivera à les distinguer avec précision. Ce qu'on peut faire pour le moment est sans doute très incomplet et très imparfait.

Atlee (2) divisait les ascites en trois groupes : 1° les ascites dépendant d'un obstacle à la circulation ; 2° les ascites dues à une irritation du péritoine ; 3° les ascites causées par une inflammation du péritoine. Pour être complet il faut ajouter les ascites dues à la rupture des kystes ovariques,

---

(1) PIERRE SEBILEAU. *Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme.* Thèse de Paris, 1889, p. 91.

(2) ATLEE. *Diagnosis of ovarian tumour*, 1872, p. 442.

et celles qui sont engendrées par la sécrétion externe des kystes, suivant le mécanisme indiqué par M. Quénu.

Si l'ascite est d'origine mécanique, si elle est due à la compression des vaisseaux par la tumeur, si elle a été produite par la rupture d'un kyste, ou par sa sécrétion externe, la tumeur enlevée, elle doit disparaître, aussi il me semble que dans ces cas le drainage est inutile. Si au contraire, elle est due à une irritation et à une inflammation du péritoine, il est peut-être bon de drainer.

Mais il faudrait savoir reconnaître la cause des ascites. Nous ne sommes pas très renseignés sur ce sujet, mais enfin nous avons des données. D'abord on peut reconnaître de visu l'irritation et l'inflammation du péritoine, et si peu que cela soit, c'est presque suffisant pour nous guider. En outre la nature du liquide peut nous fournir des renseignements. « Les ascites chyliformes, dit Sebileau, sont surtout le fait de la péritonite chronique. Les ascites gélatineuses proviennent d'une rupture du kyste ou de la sécrétion de ses végétations externes. Les ascites bilieuses sont ordinairement de provenance hémaphéique. Les ascites sanguines sont la conséquence ordinaire des tumeurs malignes. Cette loi n'est cependant pas absolue. » Ces renseignements, bien qu'imcomplets, seront souvent suffisants pour permettre de reconnaître si l'ascite doit persister ou disparaître après l'ablation de la tumeur, et par suite si le drainage est ou n'est pas nécessaire.

V. — Des irrigations par le tube à drainage.

Bardenheuer faisait toutes les vingt-quatre heures des irrigations par le tube. Martin l'avait d'abord imité ; mais déjà en 1882 il avait renoncé aux irrigations à la suite d'un accident que je rapporterai plus loin. En Amérique, Sims a imaginé un tube à double courant pour faciliter les lavages. Wylie (1)

(1) Wylie. *Obs. Soc. of New-York*, 20 avril 1886.

en est peu partisan ; il ne les emploie que lorsque la température s'élève à 103 (Fahrenheit). Price (1) les rejette absolument. D'une manière générale, les irrigations par le tube à drainage sont presque abandonnées aujourd'hui, et c'est à juste titre.

Un malade de Martin (2), vieille femme décrépite, tomba dans le collapsus immédiatement après le second lavage et succomba sans trace d'infection septique. Chez une autre chaque lavage déterminait des vomissements.

Ce sont là des cas exceptionnels ; mais il y a d'autres raisons de renoncer à l'irrigation par les tubes. Au début, tant que le tube communique avec la grande cavité séreuse, il serait imprudent de lancer dans le péritoine une solution antiseptique, parce qu'on ne serait pas sûr de pouvoir la retirer, même en usant de l'aspiration. Cette solution pourrait donc être absorbée et intoxiquer le malade.

Au bout de 24 ou de 48 heures quand les adhérences sont établies ou en train de s'établir, l'injection pourrait les rompre, et remettre en communication avec la cavité péritonéale le foyer déjà isolé. Plus tard lorsque les adhérences sont assez solides pour résister à l'injection, il ne s'agit plus d'irrigation du péritoine, mais du simple traitement d'une plaie extra-péritonéale.

VI. — Moment et manière de supprimer le drainage.

Certains chirurgiens enlèvent les tubes au bout de 24 ou 48 heures. Si l'on s'en tient aux indications que j'ai étudiées, je crois qu'il faudra toujours les laisser plus longtemps, puisqu'ils ont surtout pour but de produire des adhérences isolatrices. Mais il est impossible de préciser le moment où il convient de les enlever. Cela doit être apprécié dans chaque

(1) Price. Obs. Soc. of Philadelphia. *Am. J. of obst.*, 1888, p. 526.

(2) Martin. *Loc. cit.*, p. 14, 1614.

cas particulier ; c'est affaire de tact chirurgical. Ce que je veux faire remarquer, c'est que toutes les fois qu'un drain est resté plus de 48 heures, il a déterminé des adhérences ; il est entouré d'un petit canal fermé, et par suite, lorsqu'on l'enlève, il reste à sa place un trajet fistuleux de dimension proportionnelle au drain. Si l'on enlevait tout d'un coup un drain volumineux, une grosse mèche iodoformée, l'orifice externe du petit trajet ayant plus de tendance à se cicatriser que ses parties profondes, il pourrait se produire des phénomènes de rétention. Il faut donc surveiller la cicatrisation de ce trajet, et employer des drains de plus en plus courts et de plus en plus étroits comme on le fait pour les autres plaies.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

Par **Sænger** (1). Traduction par le Dr R. Labusquière.

(Suite.)

IV. — Évolution de la blennorrhagie.

La gonorrhée en tant qu'affection contagieuse des organes génitaux, a son maximum de fréquence dans l'âge adulte, par la raison qu'elle est la plupart du temps consécutive à un coït impur. Toutefois, l'infection peut se faire autrement. Le doigt, les éponges de toilette, l'eau des bains, etc., sont dans certains cas les agents intermédiaires de la contagion. C'est là son mode habituel chez les nourrissons et chez les enfants plus ou moins âgés. Chez les nourrissons, l'infection est produite soit par les sécrétions vaginales et virulentes de la mère, soit par l'écoulement d'une

(1) Communication faite à la *Medicinischen Gesellschaft* de Leipzig, voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, février 1890, p. 130.

ophtalmie gonorrhéique. J'ai moi-même observé chez une série d'enfants d âges divers, atteints de gonorrhée et soumis à mon observation; il me fut possible de démontrer que c'était la mère qui avait été l'agent de transmission de la maladie. J'ai également constaté de véritables *épidémies de famille*, où père, mère et enfants furent successivement infectés. Enfin, on a relaté des *épidémies* de gonorrhée, observées dans des hôpitaux (Pott, Cseri, v. Dusch), et dans des pensionnats (Bouchut, Atkinson).

La gravité de la blennorrhagie chez les petites filles, vient de ce fait, qu'elle ne se traduit pas seulement par la vulvo-vaginite, mais qu'elle peut déjà, comme chez les adultes, quoique plus rarement, intéresser l'utérus, les trompes et le péritoine.

C'est précisément dans cette extension du processus infectieux à l'utérus, qu'il faut chercher l'explication de la ténacité si grande de la maladie chez les enfants, parce qu'à ce niveau elle reste inaccessible à nos moyens thérapeutiques.

Les faits de pyosalpingites que Säxinger auraient observées chez des sujets absolument vierges, resteraient inexplicables s'il ne fallait, en réalité, les mettre sous la dépendance de ces gonorrhées contractées sans coït impur.

Le seul cas connu jusqu'à présent, et à peu près authentique, de péritonite gonorrhéique généralisée rapporté par Welander, concernait une petite fille de cinq ans.

La contagion semble s'opérer le plus facilement chez les sujets en pleine puissance sexuelle (de 20 à 30 ans), et particulièrement durant l'état de grossesse ; de là le nombre considérable de primipares contaminées qu'on rencontre dans les maternités. L'hyperhémie de la muqueuse, son état de laxité en rapport avec l'amincissement de son épithélium, permettent aux germes infectieux de la pénétrer plus facilement, et de s'y multiplier. Aussi, est-ce chez les femmes enceintes, que l'on observe les écoulements les plus abondants de pus gonorrhéique. Il n'est même pas rare de voir, à l'occasion

d'une grossesse, se produire des sécrétions purulentes profuses chez des femmes qui, avant d'être enceintes, n'avaient jamais eu d'écoulement génital abondant.

Nous avons déjà dit plus haut quels risques font courir à l'œuf (avortement plus fréquent, placenta prævia) et aux yeux de l'enfant (ophtalmie gonorrhéique), l'extension de la gonorrhée au corps de l'utérus.

Il convient d'insister ici sur ce fait que les micro-organismes de la gonorrhée ne provoquent jamais d'affection puerpérale ayant un caractère septicémique, de paramétrite, de pyohémie, etc. Toutefois la gonorrhée peut s'installer à côté de chacune de ces formes des accidents puerpéraux, donnant ainsi lieu à une *infection mixte, puerpéro-gonorrhéique.* D'autre part, il survient durant les suites de couches des états infectieux graves qu'on croirait, à première vue, ne pouvoir être créés que par une infection puerpérale des plaies ; en réalité, ils dérivent d'une infection gonorrhéique pure : *gonorrhoea in puerperio, pseudo-puerperale Tripperansteckung in Wochenbett.* Dans mon travail, communiqué à Munich, j'ai signalé des cas typiques de cet ordre, endométrite purulente, hémorrhagies graves, pelvi-péritonite exsudative, pyosalpinx... accidents isolés ou associés à de la paramétrite puerpérale.

Kaltenbach fait la remarque que les femmes enceintes, atteintes de gonorrhée, présentent assez souvent de la paramétrite. Cela s'explique par ce fait que le processus blennorrhagique altère les couches superficielles de la muqueuse cervicale, et que ces altérations favorisent la pénétration des agents de la paramétrite (les streptocoques, ainsi que Bumm l'a démontré récemment).

Je pourrais également démontrer que, durant les suites de couches, et particulièrement pendant les suites de couches tardives (de 3 à 8 semaines après l'accouchement), il survient, avec une fréquence relative, des formes graves d'infection gonorrhéique (salpingite, pelvi-péritonite). Ces accidents se développent aussi bien chez des femmes déjà infectées avant

la conception et en dehors de toute cohabitation nouvelle, que chez d'autres qui, peu après un avortement ou un accouchement à terme, sont contaminées par des sujets atteints de blennorrhagie aiguë ou chronique.

La salpingite et la péritonite puerpéro-septiques étant des complications presque tonjours mortelles, il est rationnel quand, consécutivement à *un* accouchement, à un avortement, on constate une maladie des trompes, des annexes de l'utérus, du péritoine pelvien, de la considérer comme étant de nature gonorrhéique. A ce sujet, je m'élève nettement contre l'opinion d'A. Martin, suivant lequel la salpingite puerpéro-septique serait la plus fréquente.

Sur un total de 230 cas d'infection gonorrhéique, j'ai pu en relever 35, soit 16 0/0, dans lesquels j'ai dû rapporter l'affection gonorrhéique des annexes de l'utérus à des suites de couches, la plupart du temps uniques.

Kröner a révoqué en doute et contesté la justesse de ces résultats que j'ai eu pourtant, dans la suite, l'occasion de confirmer d'une façon décisive. Il fait remarquer que, pour rassembler les éléments d'appréciation, il est allé voir, chez elles, des femmes qui avaient fait soigner à la clinique ophtalmologique de Breslau leurs enfants atteints d'ophtalmie gonorrhéique, qu'il les a soigneusement interrogées sur leurs antécédents, et de plus soumises à un examen, toutes les fois que celui-ci avait été accordé : 35 femmes seulement sur 95 furent examinées. En conséquence, les 58 autres cas ne possèdent aucune valeur démonstrative. En ce qui concerne les 35 autres femmes, Kröner déclare que plus de 15 avaient présenté à la suite d'un premier accouchement, ou après plusieurs, des accidents fébriles. Il indique également, pour quelques-unes, les particularités mises en évidence par l'examen. Or, pour nous, il n'est pas douteux que ces femmes aient été atteintes d'affections péritonéales, dont un certain nombre étaient d'origine gonorrhéique. De plus, comme il ne dit pas, d'une manière précise, combien de temps après l'accouchement il a pratiqué ses recherches,

il peut très bien se faire que toute une série de ces femmes aient été malades plus tard.

D'autre part, Kröner n'a pas suffisamment tenu compte de deux faits, savoir : a) le nombre de mes observations était 6 fois plus considérable que celui des siennes ; b) il s'agissait dans les miennes de femmes atteintes de formes graves et à stérilité relative (1 enfant), et pour lesquelles il fallait rapporter l'inflammation aiguë des organes génitaux internes aux suites de couches tardives (Spatwochenhett).

Toutes celles qu'il a interrogées, au contraire, étaient des femmes qui n'avaient pas eu à consulter une seule fois un médecin, et qui en conséquence n'avaient eu que des accidents fort légers.

On peut invoquer pour expliquer les faits d'infection gonorrhéique tardive durant les suites de couches, le retour de la menstruation, la reprise des rapports sexuels, la plus facile propagation du processus au sein de la muqueuse régénérée, mais plus sensible, la plus grande béance des *ostia uterina*, la subinvolution de l'utérus, etc.

Je ne me serais pas si longtemps arrêté à cette controverse, si je n'eusse trouvé dans cette question de l'infection gonorrhéique tardive, durant les suites de couches, un très grand intérêt par rapport à cette autre question, actuellement en débat, l'auto-infection. *L'infection gonorrhéique est en réalité le type le plus pur d'auto-infection, avec cette restriction, qu'elle n'est pas produite par les micro-organismes de l'infection des plaies.*

Ce qui, relativement, est moins connu, moins étudié, c'est le *mode d'évolution de l'infection gonorrhéique à l'âge critique et dans la vieillesse.* Je crois que la vaginite sénile, si problématique, que les écoulements suppurés de l'utérus, les atrésies utérines compliquées de pyométrie, chez des femmes d'ailleurs tout à fait saines, sont, au moins en partie, sous la dépendance de la gonorrhée. En certains cas, et en particulier quand il y a fétidité du pus, c'est d'une infection mixte qu'il s'agit. J'ai parfois observé, chez des femmes âgées (l'une

d'elles vint à la consultation avec son enfant, dont l'un des yeux était presque perdu des suites d'une ophtalmie gonorrhéique, une sorte de sclérose de la muqueuse vaginale, et conjointement un rétrécissement considérable de ce canal. La muqueuse, semée d'ulcérations, sécrétait du pus en abondance, et il me fut impossible de voir dans cet écoulement du pus blennorrhagique pur.

On ne trouve pas dans les *symptômes* et dans la *marche* de la gonorrhée chez les femmes, entre le stade aigu et le stade chronique, des différences aussi nettes, aussi tranchées que chez l'homme.

En général, chez les personnes jeunes, qui n'ont pas encore accouché, les phénomènes aigus sont plus bruyants que chez les femmes à organes génitaux plus amples, plus relâchés, et, pour ainsi dire, à épithélium plus endurci.

Mais il est incontestable que l'intensité des accidents varie beaucoup suivant les sujets, et qu'elle est surtout modifiée par le plus ou moins de soins de propreté.

L'affection primitive, ou du moins isolée au début, de la vulve et de l'urèthre, cause naturellement plus de souffrance que celle du col de l'utérus. Mais, ce n'est point là cependant une condition qui permette d'établir nettement une distinction en un stade aigu et en un stade chronique, parce que, d'une part, une sécrétion profuse ne constitue pas un symptôme caractéristique de l'acuité, et que, d'autre part, les formes aiguës, graves, des affections gonorrhéiques des annexes, n'apparaissent que rarement à une période rapprochée du début de l'infection; en général, elles ne surviennent que dans la période chronique de la gonorrhée. Le passage fréquent chez la femme de la gonorrhée chronique à l'état aigu, sous l'influence du coït, de la menstruation, de la grossesse, des suites de couches, est facilement reconnaissable.

On ne peut, en conséquence, accepter comme signes caractéristiques de l'état aigu, que l'apparition brusque de phénomènes inflammatoires violents, coexistant avec une sécrétion profuse de la muqueuse fraîchement contaminée.

C'est principalement chez les nouvelles mariées qu'on observe ces cas typiques. Quant à l'idée d'une « période latente » qu'on devrait placer entre le stade aigu et le stade chronique, idée que par analogie avec la syphilis, Nöggerath avait émise, on l'a abandonnée. Du moins, on entend aujourd'hui par « *latence* », qu'il s'agit d'un état purement subjectif, et que la plupart des cas « *latents* » sont en réalité des cas chroniques.

Il serait oiseux de s'attarder dans une description minutieuse des symptômes *subjectifs*, d'autant plus qu'ils n'acquièrent de véritable valeur que lorsqu'ils se trouvent réunis à des symptômes *objectifs* déjà suffisamment accentués. Il ne faut pas non plus tirer de conclusion des seuls renseignements anamnestiques, mais procéder à la recherche des phénomènes objectifs qui servent de base au diagnostic.

Les variétés de malaises qui décident les femmes atteintes d'infection gonorrhéique à consulter le médecin sont : un *écoulement* copieux, rebelle, irritant qui, durant la période aiguë provoque un *intertrigo* étendu, et, pendant la période chronique, donne lieu à un *prurit vulvaire*, parfois si pénible qu'il devient le symptôme dominant ; les phénomènes de *dysurie* et de *strangurie*, consécutifs à l'uréthrite gonorrhéique, en certains cas si marqués qu'ils ne le cèdent en rien aux phénomènes analogues observés chez l'homme ; la *pyurie*, qui défie toute espèce de traitement quand, suivant une marche ascendante, elle s'est propagée de la vessie aux bassinets ; *la difficulté de la marche, de la station assise*, liée aux excoriations des organes génitaux externes ou à l'inflammation des glandes de Bartholin.

Mais ce sont surtout des *douleurs*, de nature diverse, qui obligent la patiente à réclamer du secours. Prochownik et Hégar ont fait la remarque que les femmes atteintes de pyosalpingite, accusent généralement une douleur spéciale, localisée à l'hypogastre, douleur pulsatile, lancinante, rappelant celle du panaris. Les auteurs anglais signalent des douleurs à direction oblique, s'irradiant obliquement vers le ligament

de Poupart. Il ne faut pas dénier à ces sortes de douleurs une valeur jusqu'à un certain degré spécifique, par rapport à l'existence d'une affection de nature gonorrhéique des annexes, avec participation spéciale des trompes. On en tiendra surtout compte quand elles coïncideront avec un autre symptôme que je considère comme caractéristique de la salpingite : menstruation irrégulière, apparaissant tantôt toutes les 3 semaines et plus tôt, tantôt toutes les 5-6 semaines, mais, toujours, se produisant d'une manière profuse. Les douleurs les plus fortes, semblables à des coliques, paraissent survenir dans la salpingite interstitielle avec épaississement de la musculeuse, comme au début de la pelvi-péritonite. D'autre part, la rétrocession rapide, parfois en quelques jours, des douleurs et de la fièvre concomitante, malgré la production d'un exsudat abondant, est également spéciale à l'infection gonorrhéique. On ne connaît pas d'autre processus infectieux du péritoine dont les phénomènes aigus s'évanouissent aussi rapidement. Par contre, le stade chronique est des plus longs, et il est fréquemment interrompu par des poussées aiguës ou subaiguës, circonstances qui avaient conduit Nöggerath à admettre une forme spéciale de gonorrhée, la « *périmétrite récurrente* ».

Il existe parfois un contraste frappant entre l'intensité des phénomènes locaux et l'absence absolue de réaction de l'organisme ; l'état général ne présente rien d'insolite. Et, à voir certaines femmes, à la mine colorée, à l'aspect florissant, on ne soupçonnerait jamais qu'elles sont sous le coup d'une atteinte grave. Mais il est plus fréquent de constater une altération de la santé générale et des phénomènes réactionnels en rapport avec le degré de la maladie locale. Souvent aussi il existe un amaigrissement prononcé, en même temps que des signes d'affaiblissement et d'anémie. On ne méconnaîtra pas non plus la défiguration produite par des taches de chloasma, ni l'aspect hâve qui rappelle celui des phtisiques arrivés à la dernière période, complications qui apparaissent comme effets de l'infection

gonorrhéique interne. D'ailleurs, la tuberculose elle-même, soit des poumons, soit des trompes ou du péritoine, se surajoute assez fréquemment à la maladie primitive. D'autre part, toutes les variétés de névroses, ayant un caractère hystérique, font d'autant moins défaut que ce sont précisément les régions de l'appareil génital, qu'on tient pour les principaux foyers de l'irritation cérébro-spinale hystérique, qui sont le plus profondément touchées et que l'état de dépression mentale entretenu par les regrets que cause une stérilité si commune au cours de la gonorrhée, ne contribue pas moins à favoriser l'éclosion de l'hystérie.

V. — Diagnostic de la blennorrhagie.

Les données cliniques seules, de même que les données bactériologiques, prises isolément, sont insuffisantes pour faire le *diagnostic* des affections gonorrhéiques chez la femme. Il faut pour que ce diagnostic soit à l'abri de tout reproche que l'examen clinique et bactériologique fournissent, conjointement, des résultats positifs.

Toutefois, il est certain que, dans la plupart des cas, les anamnestiques (en y faisant, bien entendu, intervenir le mari) et l'état clinique, et même celui-ci exclusivement, suffisent pleinement à l'édification du diagnostic.

De fait, l'examen bactériologique, *isolé*, n'entre pas en ligne de compte, parce que toujours il doit nécessairement reposer sur l'état clinique. C'est à juste titre qu'on s'est nettement élevé contre cette proposition formulée par Neisser, que la constatation de l'absence de gonococcus chez l'homme démontre que le sujet est guéri de sa gonorrhée. Que la recherche des gonococcus ait été pratiquée une fois et avec le plus grand soin, ou plusieurs fois, le résultat négatif des examens ne saurait constituer une preuve valable. Parce que, d'une part, les moyens dont nous disposons pour puiser le produit de sécrétion dans les parties profondes de l'urèthre de l'homme sont insuffisants, et que d'autre part, le

plus petit foyer de gonococcus peut être le point de départ d'une pullulation nouvelle de ces micro-organismes, et consécutivement présider à la transmission de la gonorrhée à la femme. Les faits cliniques démontrent sûrement qu'il peut en être ainsi. De même les recherches négatives des gonococcus dans les sécrétions des organes génitaux de la femme, ne sauraient suffire à démontrer qu'une femme n'a pas une infection gonorrhéique, ou qu'elle est définitivement guérie d'une gonorrhée.

A mon avis, c'est surtout au point de vue du *diagnostic différentiel* et pour des cas douteux, que l'examen bactériologique a de l'importance. Alors seulement, je le tiens pour utile et nécessaire ; il me paraît superflu dans la plupart des cas, lesquels se présentent à nous avec des caractères cliniques bien accentués. Si un gynécologue occupé voulait, systématiquement, faire cet examen dans tous les cas, nets ou douteux, obligation lui serait de s'attacher un assistant rompu aux difficultés des recherches bactériologiques, encore que celui-ci se montrerait hésitant bon nombre de fois, alors qu'on aurait le plus besoin de son secours.

VI. — Pronostic.

Le *pronostic* de l'infection gonorrhéique chez la femme, est évidemment plus sévère que chez l'homme, par la raison qu'elle atteint les organes de reproduction qui chez elle, en partie du moins, sont en rapport intime avec la cavité abdominale, ce qui n'a pas lieu chez l'homme. Les dangers associés à l'infection gonorrhéique existent pour la femme dès que l'infection, ayant dépassé le col, a atteint l'endométrium et les trompes. Il est exceptionnel que la suppuration des glandes de Bartholin, causée à l'origine par une infection gonorrhéique, aboutisse à une pyohémie mortelle. De même, il est rare qu'on soit en droit de placer dans une infection gonorrhéique le point de départ de catarrhes des bassinets ou de suppurations rénales terminés par la mort. Par contre,

le nombre des femmes qui meurent prématurément par suite d'affections gonorrhéiques des annexes de l'utérus et du péritoine, est loin d'être restreint. Mais, bien plus considérable est encore celui des femmes, qui subissent du fait de ces mêmes conditions, une atteinte profonde et définitive dans leur santé, leur genre de vie et leur capacité de reproduction.

Étant donnée la marche essentiellement chronique de l'infection gonorrhéique grave, la question de sa *curabilité* est fort difficile à résoudre. Jamais encore on n'a suivi et observé un sujet toute sa vie, avec le but de répondre à ce *desideratum*; toutefois, on peut, de l'analyse de plusieurs catégories d'observations, tirer des conclusions satisfaisantes. Les formes légères de l'infection : uréthrite, vulvite, bartholinite, guérissent souvent d'une manière spontanée. Ces formes correspondent à l'hémorrhagie légère des corps caverneux de l'urèthre de l'homme. Mais, déjà la guérison de la vaginite gonorrhéique est plus incertaine ; je l'ai vue persister plusieurs années sans qu'elle présentât la moindre modification et je l'ai encore retrouvée dans la vieillesse. Toutefois, elle peut guérir tout comme l'endométrite. Et, au cours de celle-ci, on voit parfois à une sécrétion, au début purulente ou muco-purulente et de grande abondance, se substituer un écoulement rare, simplement muqueux.

Il est absolument avéré que même les formes les plus graves de l'infection gonorrhéique des annexes utérines, etc., guérissent ; mais elles entraînent toujours des altérations anatomiques, qui sont définitives alors même qu'il ne resterait plus un seul gonococcus. La cessation des rapports sexuels, l'affaiblissement des fonctions génitales sous l'influence de la ménopause, exercent une influence sûre, manifeste sur la guérison des affections gonorrhéiques.

La connaissance si précise que nous avons à l'heure actuelle de la marche de l'infection gonorrhéique chez la femme nous permet de modifier profondément le pronostic au moyen du traitement. Ce traitement a subi à notre époque un perfec-

tionnement considérable, et l'opinion pessimiste que s'était formée Nöggerath, quant à l'incurabilité de la gonorrhée, n'est plus soutenable. (*A suivre*).

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Curage de l'utérus.

Parmi les procédés nombreux qui ont été mis en usage déjà dans le traitement intra-utérin de l'endométrite totale, le curage est un de ceux qui ont été en ces derniers temps le plus fréquemment employés. Je n'ai pas l'intention de critiquer les autres procédés, mais je tiens à dire que le curage de l'utérus me semble réaliser les meilleures conditions; il a pour lui la facilité d'exécution, l'efficacité thérapeutique, l'innocuité absolue.

L'exécution du curage de l'utérus est en effet assez simple; s'il n'est pas absolument à la portée de tous les praticiens, il suffit d'une légère habitude chirurgicale pour pouvoir l'exécuter convenablement, d'autant qu'il a été peu à peu débarrassé d'un certain nombre d'impédimenta. Voici comment nous l'exécutons dans le service de clinique de la Charité.

Quelques jours de repos d'abord avec injections vaginales de sublimé en solution au 1/1000, ou de biiodure de mercure en solution au 1/10000; puis dilatation avec des tiges de laminaire ayant séjourné 15 jours au moins dans l'éther iodoformé. Chaque application de tige de laminaire s'accompagnant d'un lavage soigneux du vagin au doigt et du col utérin avec le spéculum, on tamponne ensuite la cavité vaginale avec des bandelettes de gaze iodoformée. La vulve est elle-même nettoyée et lavée avec la solution de biiodure de mercure, avec le plus grand soin. Généralement nous appliquons 3 tiges de laminaire d'un volume de plus en plus gros; mais il est possible d'intervenir après la deuxième tige, et même la première. C'est ce que nous avons fait dans certains cas où l'intervention était tout à fait pressante. On peut d'ailleurs faire la dilatation extemporanée, mais elle n'a pas les avantages manifestes de la dilatation avec la laminaire, dilatation progressive; qui modifie les conditions de vascularisation de l'utérus, entraîne

son ramollissement et paraît jouer un rôle important dans le mécanisme de la guérison. Ces soins préliminaires étant pris, le terrain opératoire se trouve déjà notablement bien préparé à l'asepsie ; on complète celle-ci au moment de l'opération :

1° Par le lavage de la vulve et de la région pubienne avec le savon, puis la solution de biiodure de mercure.

2° Le lavage au doigt et à l'aide de la même solution de la cavité vaginale, et de la surface du col : le lavage au doigt a le grand avantage d'aller jusque dans leur profondeur nettoyer les culs-de-sac. Ces lavages sont considérablement facilités par l'usage d'un récipient en métal ou mieux en cristal, pourvu d'un long tube en caoutchouc terminé par une canule également en verre : un petit appareil à pression placé sur le trajet du tube à portée de l'opérateur facilite l'arrivée ou l'interruption du jet venant du récipient tenu élevé.

3° L'introduction dans l'utérus à l'aide de la seringue de Braun d'une petite quantité de glycérine créosotée. A ce moment on peut pratiquer le curage, mais il est bon, et c'est une précaution qu'avec M. le professeur Trélat nous prenons toujours, de pousser plus loin la dilatation à l'aide de bougies d'Hégar. D'ailleurs cette dilatation sur un utérus ramolli devient généralement aisée, sauf le cas de flexions très accusées, et peut être facilement portée jusqu'au 16 des bougies d'Hégar.

Nouveau lavage vaginal et cervical puis curage. Mais ici un petit point mérite de nous arrêter. Faut-il abaisser l'utérus, ou ne pas l'abaisser. Ad libitum, sauf le bon vouloir de l'utérus. Si cet organe se laisse descendre facilement, amenez-le à la vulve, vous aurez l'avantage de travailler presque à ciel ouvert ; s'il résiste, inutile d'insister, d'autant mieux qu'il est très facile de pratiquer avec le spéculum pourvu que celui-ci ne soit autre que le spéculum à 3 valves de Collin, ou mieux le spéculum à 2 valves avec charnière unilatérale que M. Trélat a fait construire par Collin. A défaut de ce spéculum, on peut employer les valves de Sims qui ont l'inconvénient de nécessiter la présence d'un aide. Avec l'utérus descendu à la vulve ou avec le spéculum Trélat, l'opérateur agit seul, un seul aide chargé du chloroforme lui suffit.

Nous possédons pour le curage 3 instruments principaux, la curette de l'auteur de la méthode Récamier ; la curette de Sims, celle que M. Trélat avait fait fabriquer par Collin pour le curage des fosses nasales, assez semblable en apparence à celle de Sims,

parce que comme elle, elle est en forme d'anneau tranchant, mais en différant cependant notablement par ce fait que, 1° l'anneau est perpendiculaire sur le manche, 2° qu'il est tranchant par sa périphérie; enfin la curette de Volkmann, montée sur un long manche. C'est à cette dernière que je donne de beaucoup la préférence; elle est plus solide, mieux en main, elle permet d'agir plus énergiquement, en outre elle permet, par sa forme en cuiller, d'évacuer de l'utérus les produits grattés.

L'opération effectuée, nouveau lavage vaginal et cervical, puis écouvillonnage avec l'écouvillon ayant trempé dans une solution fortement antiseptique et imbibé de glycérine créosotée. Cet écouvillonnage a l'avantage de ramener les débris de muqueuse restés dans la cavité utérine, cependant avec l'emploi de la curette de Volkmann d'une part, et du lavage utérin tel que nous allons l'indiquer d'autre part, on peut à la rigueur le supprimer.

Ce lavage intra-utérin, je le fais avec la solution de biiodure de mercure au 1/10000, mais on peut le faire comme M. le Dr Segond, avec la solution phéniquée au 1/20. M. le professeur Trélat le fait avec le dilatateur de Busch qu'il introduit dans la cavité utérine, et qu'il maintient dilaté de la main gauche, pendant que de la droite il introduit entre les branches de l'instrument la canule de verre servant aux lavages. On peut lui substituer la sonde intra-utérine de M. Segond construite par Collin et dont le principe est absolument un dilatateur de Busch à 4 branches avec une canule intérieure. L'avantage de ce mode de lavage c'est que le col est très largement ouvert, et que non seulement le liquide, mais encore les débris de muqueuse, s'écoulent facilement au dehors.

Ce lavage effectué, on retire le spéculum pour bien laver au doigt le vagin, puis on tamponne avec des lanières de gaze iodoformée, et l'opération est achevée. Elle ne demande dans tous les cas que fort peu de temps.

Les soins ultérieurs sont très simples : le lendemain de l'opération, lavage vaginal, et réintroduction de gaze iodoformée. Au bout de 3, 5 et 7 jours, on renouvelle ce pansement, puis on fait simplement des injections antiseptiques. On laisse la malade au lit jusqu'aux prochaines règles, après lesquelles on juge du résultat obtenu.

Ce résultat est toujours très bon, lorsque bien entendu le curage a été judicieusement appliqué. Nous avons pu en juger dans plus

de 150 interventions de cette nature. Le résultat dans la grande majorité des cas a été très bon de suite, dans un petit nombre de cas il a fallu compléter cette action de la curette par de petits soins locaux nécessités par la persistance d'un peu d'endométrite du col ; l'attouchement intérieur avec le crayon de nitrate d'argent, ou d'iodoforme, avec la teinture d'iode, avait rapidement fait disparaître cette inflammation du col. Dans un très petit nombre de cas, le premier curage n'a amené qu'une amélioration, il a fallu recourir à un 2e curage pour obtenir un succès complet.

La plupart des échecs que l'on a indiqués, et que l'on objecte encore contre le curage, sont dus, je crois, à ce que le traitement n'a pas été assez intensif. Il n'y a pas bien longtemps encore que l'on ose attaquer la muqueuse utérine, et il reste encore dans l'esprit de quelques-uns sinon des doutes du moins des craintes ; et, sous l'influence de ces craintes, on gratte un peu plus rapidement, un peu légèrement : or il faut que la curette passe et repasse aux mêmes endroits, il faut qu'elle gratte *avec énergie*, jusqu'à ce que l'opérateur *sente* la résistance de la musculeuse, jusqu'à ce qu'il entende le *cri particulier* de cette tunique.

C'est pratiqué avec cette intensité, sans danger, d'ailleurs, que le curage utérin est capable d'amener les excellents résultats qu'il donne.

Un dernier point nous reste à examiner dans cette rapide esquisse du curage de l'utérus ; la question du danger qu'il peut présenter. Or je n'hésite pas à répondre que ce danger est absolument illusoire, à une condition pourtant, à une seule, mais condition capitale : c'est que l'intervention s'accompagne d'une asepsie absolue. Sans aseptie tous les dangers des infections septiques sont possibles ; réduits à leur minima ces dangers se traduisent par la suppuration intra-utérine.

Avec l'asepsie tout est possible ; et il y a déjà longtemps que notre maître M. le professeur Trélat a dit : avec l'aseptie, on peut explorer, dilater, inciser, gratter l'utérus, sans qu'il réagisse, et il l'a démontré, car c'est par milliers que se traduisent les explorations intra-utérines dans son service de clinique chirurgicale. Une nouvelle preuve de cette innocuité résulterait, s'il était nécessaire, de ces mobilisations d'utérus fixés que nous avons faites par le massage même violent intra-utérin, et au cours desquelles aucun accident n'est survenu.

Dans aucun de nos curages nous n'avons observé l'élévation de la température au-dessus de 38°, et très exceptionnellement nous avons eu même 38°, pendante 24 ou 36 heures, élevation minime due à la rétention d'un peu de sang dans l'utérus. Cette rétention était bien plus fréquente quand, au début, nous mettions dans l'utérus, après le curage, une tente de gaze iodoformée.

B. POTHERAT.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

COMPTE RENDU DE LA QUATORZIÈME RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE GYNÉCOLOGIE, TENUE A BOSTON, LES 17, 18 ET 19 SEPTEMBRE 1889.

Obstétrique. — GARRIGUES (de New-York) lit un mémoire sur l'usage que l'on devrait faire et l'abus que l'on fait des *injections antiseptiqnes dans la pratique des accouchements*. Il a recueilli lui-même 22 cas d'empoisonnement par le bichlorure; pour éviter de tels inconvénients il se sert de créoline à 2 0/0 et n'emploie pas la sonde à double courant. Plusieurs de ses collègues partagent son avis : LUSK (de New-York) prétend que la fétidité des lochies ne commande pas nécessairement la douche intra-utérine, car elle peut provenir d'une métrite catarrhale ordinaire. POLK (de New-York), au lieu d'injection, touche les parois de la cavité utérine avec un tampon imbibé de solution de bichlorure.

DUDLEY et GILL WYLIE (tous deux de New-York) se demandent si les *accidents observés à la suite de l'accouchement* ne sont pas dus à la présence d'une pyo-salpingite, et HOWARD KELLY discute le bénéfice que pourrait procurer dans les cas désespérés l'extirpation de l'utérus par la laparotomie.

WARREN SAWYER (de Chicago) lit un travail sur les *causes du placenta prœvia :* tout au début de la grossesse et sous l'influence de causes accidentelles l'œuf se détacherait de la muqueuse de l'utérus : il tomberait ainsi à la partie inférieure de la cavité utérine où il se fixerait de nouveau.

Lecture est donnée d'un mémoire adressé par MARTIN (de Berlin), et intitulé : *la grossesse et les déviations de l'utérus en arrière*. L'auteur conclut que la rétroflexion n'est pas un obstacle

sérieux à la conception et que la grossesse dans de telles conditions ne présente pas de danger.

KOLLOCH (de Cheraw) étudie l'*immunité que la vaccination de la mère peut conférer au fœtus*. Il a vacciné 36 femmes enceintes dont 14 primipares et 22 multipares ; les enfants de toutes ces femmes out été vaccinés dans les meilleures conditions ; or, sur les 14 enfants issus des primipares, la vaccination n'a échoué que 5 fois : tandis que sur les 22 des multipares, elle est restée 16 fois sans résultat. L'auteur explique ces résultats par ce fait que la circulation utéro-placentaire est beaucoup plus active à la fin de la grossesse qu'au début, chez les multipares que chez les primipares.

Gynécologie. — La *chirurgie utérine* a tenu une grande place dans les discussions au congrès. Les *fibromes utérins* ont donné lieu à une série de communications. MUNDÉ (de New-York) croit que l'on a exagéré l'efficacité du traitement électrique et reste convaincu que bien des fibromes pour lesquels on intervient aujourd'hui ne sont en réalité justiciables d'aucun traitement. GILL WYLIE fait remarquer que leur transformation en tumeur maligne n'est pas chose rare et nécessite l'hystérectomie. Quant aux fibromes hémorrhagiques, sa conviction est que l'hystérectomie dont la mortalité est aujourd'hui tombée à 10 0/0 remplacera avantageusement la castration tubo-ovarienne. Avec CHADWICH (de Boston) il n'a qu'une médiocre confiance dans le traitement électrique.

BYRNE (de Brooklyn) apporte au congrès une statistique de 367 cas de *cancer de l'utérus* traités par le galvano-cautère ; REAMY fait le procès à cet instrument et JACKSON clot la discussion en disant que les trois méthodes de traitement du cancer utérin (cautérisation, amputation, hystérectomie) ont chacune leur indication spéciale.

POLK aborde le *traitement chirurgical de la rétroversion* et s'arrête aux conclusions suivantes : dans le cas où il y a lieu d'enlever en même temps les annexes, l'opération de Tait (raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds) est préférable ; si au contraire on ne doit pas toucher aux annexes, on a le choix entre les divers procédés de ventro fixation. A la suite KELLY décrit tout au long son procédé.

Boldt (de New-York) fait ressortir les avantages de ce qu'il appelle la *trachélorrhaphie intermédiaire*, c'est-à-dire la trachélorrhaphie pratiquée immédiatement après la cessation des lochies.

Le président Wilson (de Baltimore) pose la question suivante : peut-on pratiquer une *laparotomie immédiatement avant ou pendant la menstruation ?* Il y répond affirmativement ainsi que la majorité de ses collègues.

La *menstruation* est étudiée à un autre point de vue par Gerhung (de St-Louis), qui considère le flux menstruel comme une véritable hémorrhagie avec ses conséquences pathologiques ; aussi propose-t-il de le supprimer. Plusieurs membres protestent.

Ashby (de Baltimore) affirme que les dangers et les difficultés de la laparotomie ont été grossis à plaisir et ses vrais résultats méconnus ; il la recommande comme moyen de diagnostic, car pour lui la *laparotomie exploratrice* ne doit pas avoir de mortalité. A l'appui de cette opinion vient un travail de Coe : les *décès survenus à la suite de l'ovariotomie* ne doivent pas tous être mis sur le compte du choc, de la péritonite, ou de la septicémie ; dans bien des cas, la mort est due à une lésion viscérale, cardiaque, pulmonaire, rénale ou gastro-intestinale.

La *pathologie rénale* a fait l'objet de deux communications, un long travail d'Engelmann (de St-Louis), traite des *troubles rénaux consécutifs aux affections pelviennes ;* il appelle l'attention sur diverses formes de néphrite, sur les pyélo-néphrites résultant de la compression des uretères, sur les lésions de l'appareil excréteur et insiste sur l'irritabilité réflexe de l'uretère, de la vessie et de l'urèthre. Emmet croit que bien des pyélo-néphrites sont justiciables du cathétérisme des uretères. Chadwick (de Boston) communique une observation de *néphrotomie pour calcul du rein :* malgré la netteté des symptômes, on ne trouva aucun calcul à l'incision du rein, ce qui montre la difficulté d'un tel diagnostic. L'auteur rappelle que dans plusieurs cas l'incision du rein a suffi pour faire disparaître la douleur. Tiffanj a rapporté un cas de névralgie rebelle du rein, guérie par l'incision de la capsule.

Jackson (de Chicago) a observé un cas de *lipome abdominal faisant croire à une tumeur de l'ovaire :* au lieu d'un kyste, la laparotomie fit découvrir un énorme lipome lobulé siégeant en arrière du péritoine dans l'épaisseur du repli mésentérique ; on recula devant l'ablation, on referma le ventre et la malade guérit.

Gordon, Lee, Barker rappellent dans la discussion qu'ils ont observé des cas analogues suivis de mort et tous reconnaissent la gravité extrême de l'extirpation de tumeurs de cette nature.

Paul Noguès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance des 4 et 11 février 1890

Sur la prescription des antiseptiques par les sages-femmes. — Dans sa séance du 1er mars 1889, le Comité de Direction du service de l'hygiène ayant soulevé la question de savoir : s'il ne conviendrait pas d'autoriser, par dérogation aux prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1846, les pharmaciens à vendre des substances antiseptiques sur la prescription des sages-femmes pourvues d'un diplôme, le Ministre de l'intérieur pria l'Académie de délibérer sur cette question et de lui transmettre dans le plus bref délai possible une copie de sa délibération.

Une commission composée de MM. Bourgoin, Guéniot et Budin, rapporteur, proposa dans la séance du 2 juillet de répondre au Ministre :

« On peut autoriser les pharmaciens à délivrer des solutions aqueuses contenant de 1 à 4 pour 100 d'acide borique ou de 1 à 5 pour 100 d'acide phénique sur la prescription d'une sage-femme, prescription datée et signée. »

Après une discussion à laquelle prirent part MM. Brouardel, Charpentier, Le Fort, Tarnier, unanimes à blâmer les conclusions du rapport, l'Académie en prononça le renvoi à la commission avec adjonction de MM. Brouardel, Tarnier et Nocard.

C'est au nom de cette nouvelle commission que M. Budin après avoir montré la nécessité de la pratique antiseptique par les sages-femmes, exposé les règlements sur la matière en vigueur dans les pays voisins et les raisons qui ont déterminé en faveur du seul sublimé le choix de la majorité de la commission, a proposé à l'Académie de voter les conclusions suivantes :

« Il est indispensable de permettre aux sages-femmes l'emploi de substances qui peuvent empêcher la propagation des maladies puerpérales.

Pour plus de simplicité et pour éviter les erreurs, les sages-

femmes ne devront recourir qu'à un seul antiseptique, dont la dose sera toujours la même.

Il faut donc autoriser les pharmaciens à leur délivrer des paquets de sublimé ainsi composés :

Sublimé corrosif................	25 centigrammes.
Acide tartrique.............. ...	1 gramme.
Rouge de Bordeaux.............	1 milligramme.

Sur chaque paquet qui, conformément à la loi, portera une étiquette rouge, seront écrits ou imprimés ces mots :

SUBLIMÉ, 25 CENTIGRAMMES

Pour un litre d'eau

TOXIQUE

En outre, comme il est nécessaire que les sages-femmes aient à leur disposition une substance antiseptique pour enduire leurs mains et les instruments, les pharmaciens pourront également leur donner des doses de 30 gramme de la vaseline au sublimé à 1 p. 1000.

Ces paquets et cette vaseline au sublimé constituent donc les seules substances antiseptiques que les sages-femmes seront autorisées à prescrire ; les dangers d'intoxication sont ainsi tellement réduits qu'on peut les considérer comme à peu près nuls. Du reste, on parle souvent de ces dangers du bichlorure de mercure et on oublie trop ceux de la septicémie. On peut compter, vous l'avez vu, les cas d'empoisonnement attribués au sublimé. En obstétrique, au contraire, le nombre des existences qui ont été conservées grâce à cet antiseptique est incalculable.

Votre commission a donc la ferme espérance que vous voudrez bien accepter ses conclusions. »

De la discussion qui a suivi cette nouvelle rédaction il résulte que la majorité de la section d'obstétrique est comme naguère opposée à la réglementation proposée.

M. Guéniot proteste contre le choix du sublimé « toxique des plus violents » qu'il serait d'une extrême imprudence de confier « aux modestes sages-femmes des champs » ordinairement peu instruites et plaide en faveur de l'acide phénique et du thymol.

M. Charpentier réclame pour les sages-femmes la liberté pleine et entière du choix de l'antiseptique à employer, la libre pratique de

l'antisepsie avec toutes les responsabilités qui en découlent pour elles.

M. Tarnier disait de même au mois de juillet dernier : « Il me semble qu'il faut laisser aux sages-femmes une certaine liberté dans le choix des antiseptiques, car les progrès de la science peuvent nous mettre à chaque instant en présence de nouveaux produits, de telle sorte que si on limite légalement la liste des antiseptiques que les sages-femmes pourront prescrire, on sera obligé à de perpétuels remaniements du texte des règlements. Aussi suis-je d'avis qu'il faut permettre aux sages-femmes l'usage de tous les antiseptiques. »

Néanmoins l'Académie adopte à l'unanimité moins deux voix l'ensemble du rapport après substitution (sur la proposition de M. Laborde) du mot *poison* au mot *toxique* et sous réserve du choix du colorant, M. Laborde ayant fait judicieusement observer que le Rouge de Bordeaux proposé par la commission « réaliserait la coloration la plus capable d'inviter à une méprise : celle du vin même très dilué ».

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

Janvier, février et mars 1890.

Fibromes du ligament large. — D'après M. Tillaux, il faut distinguer *les fibromes du ligament large proprement dit*, variété rare de tumeurs nées dans le ligament large, énucléables, indépendantes de l'utérus et les *fibromes de la corne utérine* qui s'insinuent entre les feuillets du ligament large. C'est à un de ces *fibromes inclus* qu'a eu affaire M. Terrillon qui a pu enlever avec succès une tumeur de 19 kilogr., la partie inférieure de l'utérus étant effilée et libre il en fit la section, cautérisa la muqueuse utérine et ferma le moignon suivant le procédé de Schrœder avec six fils de soie fine. Lavage du péritoine. Réunion complète. Guérison en 28 jours. — M. Reclus a extrait d'un ligament large un énorme fibrome, dont la décortication donna lieu à une hémorrhagie abondante qui s'arrêta spontanément une fois la tumeur totalement enlevée. — M. Richelot rapporte une observation de laparotomie pour fibromyôme que l'opérateur M. Millet Carpentier considère comme d'origine ovarienne, mais qui sem-

ble beaucoup plutôt à M. Richelot un cas de fibrome inclus dans le ligament large.

Ovariotomie. — M. PEYROT rapporte 3 ovariotomies faites par M. LEDRU; celui ci applique sur le pédicule un gros catgut au-dessus de la ligature en chaîne, précaution inutile si celle-ci est bien faite.

Fibrome d'une cicatrice d'ovariotomie. — M. LE DENTU communique un fait de fibrome ayant débuté au bout d'un an dans une cicatrice de laparotomie pour kyste ovarique. A une objection de M. TERRILLON qui demande s'il ne s'agirait pas là d'une récidive de kyste ovarique dans la cicatrice, M. LE DENTU répond que, depuis 20 mois, il n'y a pas de récidive et que l'examen histologique, fait par M. PILLIET, a démontré qu'il s'agissait d'un fibrome.

Électrisation des myômes utérins. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE considère l'électrisation comme un excellent palliatif, surtout chez les femmes âgées. Il se contente actuellement d'appliquer sur le col utérin un pôle en forme de tampon, entouré à sa face externe d'une substance isolante pour protéger le vagin. Il est inutile de pénétrer dans la cavité cervicale à condition de faire de fréquents renversements des courants.

Traitement de l'endométrite par le curage.

M. BOUILLY. — Il y a déjà assez longtemps qu'on s'occupe de traiter l'endométrite par le curettage, mais les documents sont encore insuffisants sur les indications et sur les résultats définitifs. Or, depuis 1887, j'ai fait 81 curettages, dont 15 en ville et 36 à l'hôpital. N'était l'exiguïté de mon service, j'aurais pu en faire une centaine à l'hôpital, et je me suis rendu compte, sur les cas non opérés, avec quelle lenteur les moyens simples, les injections donnent des améliorations.

Je ne parlerai aujourd'hui que des cas simples, à l'exclusion de ceux où le curage a été le complément d'une opération de polype, d'une myomectomie. J'étudierai cependant les cas associés à une lésion peu avancée des annexes. J'ajouterai que le curettage a toujours été précédé de longs essais d'autres moyens, dirigés soit par moi, soit par d'autres chirurgiens.

Les indications principales sont : 1° les pertes sanguines; 2° les

pertes blanches abondantes; 3° les douleurs pelviennes, sacrées, au moment des règles ou entre elles. Mais j'ajouterai que les douleurs ne sont jamais à elles seules une indication.

Rien de bien neuf sur le manuel opératoire. Douze fois j'ai opéré sans chloroforme : bien vite j'y ai renoncé car il y a une légère douleur que mieux vaut éviter, et sous l'anesthésie on agit avec moins de précipitation. J'ai toujours dilaté à la laminaire en 48 heures, avec deux tiges dont la première est fort petite et est changée au bout de 24 heures. De la sorte, les douleurs sont à peu près nulles : à peine une heure ou deux de petites tranchées, et souvent rien du tout. Après antisepsie vaginale, l'utérus est abaissé puis curé. Je fais ensuite une injection, à la seringue de Braune, de teinture d'iode ou de glycérine créosotée pour la métrite muco-purulente; de chlorure de zinc pour la métrite hémorrhagique. Pendant les premiers jours, je fais un tamponnement antiseptique du vagin, et je ne le supprime que tard; car je crois que bien des récidives ne sont que des réinoculations.

Mes résultats immédiats confirment ce qu'on a déjà dit : accidents nuls, bénignité absolue. Dans nombre de cas, la douleur abdomino-pelvienne antérieure tombe comme par enchantement. Mais c'est surtout des résultats tardifs que je désire vous entretenir, d'après 69 cas que j'ai pu suivre et qui se décomposent en : 39 guérisons; 15 améliorations; 15 insuccès.

Les guérisons sont surtout fréquentes dans la métrite hémorrhagique : j'en compte 19. J'en compte 20 d'endométrite muco-purulente, dont une d'endométrite caséeuse à odeur infecte comparable au coryza caséeux. Parmi ces guérisons sont 3 malades dont les annexes étaient un peu douloureuses avant l'opération; mais dans ces circonstances la douleur abdominale est lente à disparaître. J'ajouterai immédiatoment qu'en cas de lésion tubaire il n'y a souvent rien à attendre du curage.

J'ai dit : amélioration, pour les cas où un ou plusieurs des symptômes ont disparu, et je n'y range que 15 cas, parce que j'ai été très sévère et j'ai mis dans les insuccès les améliorations médiocres. Ces insuccès, au nombre de 15, concernent 4 métrites hémorrhagiques et 11 muco-purulentes. Il est important de rechercher leur cause. Or, une fois je reconnais avoir fait une opération insuffisante, bornée au col. Assez souvent il s'agit d'une vraie réinfection, la femme faisant sans soin, ou même pas du tout, les in-

jections qu'on lui a recommandées. En troisième lieu, j'attirerai l'attention sur 4 cas de métrite cervicale : l'infection atteint les culs-de-sac glandulaires profonds qu'on ne fait qu'ébarber et le résultat est nul ; il faut dont agir autrement, et surtout s'adresser à l'opération de Schroeder. Enfin, j'ai eu 4 insuccès dans des cas avec lésions des annexes : 3 pyosalpingites et 1 dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire.

C'est précisément sur ces derniers faits que je puis m'appuyer pour formuler une conclusion.

Depuis 1885, j'ai fait 63 curettages sans aucun accident ; sur 15 métrites hémorrhagiques, j'ai eu 15 succès, dont 3 il est vrai, ont nécessité un second curage, fait que je n'ai plus observé depuis que je fais un tamponnement intra-utérin ; 32 métrites muco-purulentes m'ont donné 21 résultats parfaits et 11 améliorations passagères. A mon sens, donc, le curage est toujoure à tenter, car il est bénin et procure toujours au moins une rémission. Rémission que j'ai même observée, très nette pour les pertes sanguines, dont 4 sarcomes intra-utérins causant des métrorrhagies. Je terminerai par la mention de 12 métrites avec salpingite : là je n'ai eu que des résultats passagers ou nuls.

Je crois que le curettage est indiqué dans l'endométrite invétérée, mais simple. Là, surtout dans les formes hémorrhagiques, c'est une précieuse ressource. Mais il réussit mal dans le catarrhe glandulaire cervical, et surtout ses résultats sont incertains quand il y a des lésions des annexes.

M. Terrillon. — Mon manuel opératoire est celui de M. Bouilly, sauf que j'ai fait construire une curette spéciale. Pour le pansement, depuis 2 ans, je fais un tamponnement intra-utérin avec une mèche de gaze iodoformée, stérilisée à l'étuve ; je m'en suis bien trouvé, souvent pour la métrite hémorrhagique où j'avais auparavant eu deux insuccès. C'est un moyen pour diminuer les chances de réinfection : mais cette réinfection a souvent pour agent les canules en gomme, bien vite d'une malpropreté considérable, dont les malades se servent pour faire leurs injections.

Il faut donc opérer la salpingite. Mais avant ou après la métrite ? C'est là un point important. A ce point de vue, j'ai deux observations, une d'hémato-salpingite et l'autre de pyosalpingite où, après la laparotomie, l'utérus est resté gros et saignant et le curettage a fait merveille.

M. Championnière. — J'ai peu d'expérience personnelle sur le curettage : Je prendrai néanmoins la parole, pour constater avec plaisir, tout d'abord, que M. Bouilly pèse avec soin les indications, et dès lors ne fait qu'une trentaine de curages par an. Cette proportion est absolument raisonnable et contraste avec certaines pratiques vraiment exubérantes.

Pour les diverses opérations intra-utérines, je fais un tamponnement vaginal et ensuite je ne fais pas d'injection car, comme l'a indiqué M. Terrillon, c'est plus qu'on ne le croit une cause d'infection.

Je constate avec plaisir que MM. Bouilly et Terrillon sont d'accord sur l'inefficacité du curage, en cas de lésion des annexes. J'ajoute même que parfois la lésion des annexes en est aggravée. Il faut donc enlever ces annexes, et cela fait, il persiste parfois des écoulements utérins qui ne sont donc pas dus, quoi qu'on dise, à l'évacuation de la trompe par l'utérus. A mon sens, il faut faire jouer ici un grand rôle à la congestion utérine. Ces écoulements cessent peu à peu, sans qu'on les traite directement. Au reste, j'ai l'habitude de ne guère m'occuper du vagin et de l'utérus quand j'opère sur les annexes.

M. Kirmisson. — J'ai obtenu quelques très bons résultats dans l'endométrite hémorrhagique, par la simple dilatation extemporanée du col, suivie du tamponnement iodoformé de la cavité, sans curage.

M. Segond. — Je reviendrai en détail sur mes observations. Je dirai seulement, aujourd'hui, que je suis de l'avis de M. Bouilly pour les cas avec salpingite ; et même trois fois, dont deux sur des malades curées par un autre chirurgien, j'ai dû faire la laparotomie dans la quinzaine, car la lésion tubaire était aggravée. J'ai vu deux femmes chez qui, aprés la laparotomie, le curage a été indiqué et efficace.

M Terrier. — J'ai une assez grande expérience du curettage utérin, mais à ce point de vue ma pratique est surtout hospitalière. C'est dire que j'ai peu de renseignements sur les résultats définitifs.

Mon manuel opératoire est assez différent de celui de M. Bouilly. Je mets plus longtemps à dilater le col : 5 à 6 jours et même plus ; 8 à 10 jours quand il y a un utérus volumineux, dévié. On parvient ainsi à introduire dans l'utérus une grosse éponge préparée

(malgré laquelle, soit dit en passant, j'ai vu les règles se passer le mieux du monde), et les manœuvres sont alors aisées, d'où une exactitude plus grande du curettage. Pour la curette, peu m'importe son modèle. J'insiste sur le raclage du col et des lèvres du col. Au début, je laissais un tampon intra-utérin, dans la crainte de l'hémorrhagie ; j'y ai renoncé. Je cautérise la surface grattée au chlorure de zinc au 1/10e. Très souvent je mets un drain dans la cavité utérine, drain qui tombe de lui-même avec le dernier tampon. Les tampons une fois retirés, je prescris des injections antiseptiques.

Les accidents sont nuls, mais j'ai observé un incident : des vomissements qui durent parfois 24 heures, 48 heures.

Quand il y a nettement des lésions des annexes, les résultats du curage sont nuls. Peut-être a-t-on des succès pour des lésions tout à fait au début, caractérisées par de la douleur seulement, sans tumeur appréciable.

La réinoculation par les canules existe sans doute. Mais il faut aussi tenir grand compte des réinfections dues au coït. Cela me mène à signaler la diversité des microbes auxquels sont dues les métrites. Scientifiquement, le sujet est encore insuffisamment étudié et, dans sa thèse, mon élève Péraire a commencé à ce point de vue des recherches qu'il poursuit. Or, sans doute les microbes ne se comportent pas tous de même, ne pénètrent pas tous à la même profondeur; il faut probablement tenir compte de ces faits pour apprécier scientifiquement la valeur du curage.

M. Bouilly. — Cette discussion confirme donc, en somme, les données de mon expérience. Le curage est excellent pour les lésions exclusivement utérines ; il est mauvais pour les cas accompagnés de lésions tubaires manifestes ; on peut le tenter quand la trompe n'est pas tuméfiée, mais cause seulement des douleurs.

Souvent, je crois, on exagère la fréquence des écoulements utérins dus à l'évacuation de la trompe. Ces écoulements abondants sont surtout liés aux dégénérescences micro-cystiques très douloureuses des ovaires, et ils sont probablement en partie d'origine réflexe, exclusivement utérine.

Je répondrai à M. Terrier qu'en 48 heures j'ai toujours obtenu une dilatation suffisante. Je n'ai jamais observé ces vomissements spéciaux qu'il a signalés, et cependant j'ai opéré douze fois sans chloroforme.

M. Trélat. — En 1888, en 1889, j'ai professé des leçons sur le curage utérin, opération dont je suis depuis plusieurs années partisan et que j'ai étudiée avec soin. Je suis en majeure partie d'accord avec M. Bouilly, cependant il y a quelques points sur lesquels je désire revenir.

M. Bouilly a mis à part complètement les métrites avec déchirures du col; pour celles-là, toujours l'opération d'Emmet. A mon sens, c'est exact pour les grandes déchirures, heureusement rares; mais non pour les petites déchirures, les ordinaires. J'ai vu des malades où l'opération d'Emmet semblait tout à fait indiquée, et à la suite d'un curage bien fait l'indication s'évanouit.

Sur les indications au curage : sang, glaires, douleur, je suis tout à fait d'accord. J'insisterai sur la douleur, dans laquelle il faut distinguer avec soin la douleur locale et la douleur à distance. J'attribue en effet une grande valeur diagnostique à la douleur locale, occupant parfois tout l'utérus, mais plus souvent limitée en quelques points où on l'éveille par le palper bimanuel, par le cathétérisme utérin, surtout vers l'orifice supérieur du col (1).

J'ai lu avec le plus grand plaisir la technique recommandée par M. Bouilly, car elle est à peu près identique à celle que j'ai préconisée dans les leçons auxquelles je viens de faire allusion.

Ma statistique comprend 216 cas en près de 3 ans. Elle m'a enseigné que, contre l'endométrite hémorrhagique, le curage est triomphant; qu'il est excellent pour l'endométrite muco-purulente si elle n'est pas trop ancienne ou liée à de grandes déviations utérines. Quand il y a, en effet, un utérus agrandi, dévié, déformé, alors sont fréquentes les interventions incomplètes que M. Bouilly considère à bon droit comme une des causes de récidive. Mais je ne suis pas tout à fait d'accord avec lui sur la métrite cervicale : je pense qu'on en vient parfois à bout avec une curette plus forte ou avec le thermocautère; je ne conteste d'ailleurs nullement les indications à l'amputation. On peut donc supprimer cette cause de réinfection. Mais voyez les leçons de M. Cornil sur les métrites, et vous constaterez que la profondeur des lésions dépend, dans le corps, de leur essence même. La gradation ascendante de profondeur est la suivante : métrite vasculaire, infections communes, blennorrhagie, tuberculose. C'est tout à fait au début seulement

(1) Potherat. *Le curage de l'utérus.* Voir plus haut, page 210.

que la tuberculose serait justiciable du curage ; la blennorrhagie rebelle cède cependant à des interventions répétées, suivies de dilatation prolongée et d'attouchements à la teinture d'iode.

En général, je suis de l'avis des orateurs précédents sur la fréquence des échecs quand il y a lésion des annexes. Je suis moins absolu qu'eux cependant. L'an dernier, j'ai pu citer dans une leçon 5 cas où j'avais vu disparaître, après le curage, une lésion tubaire qu'*a priori* je croyais devoir extirper. De même pour une salpingite gauche sur une jeune fille de 26 ans à qui, à l'âge de 13 ans, on avait enlevé à droite un kyste pileux. De même encore chez une femme de 28 ans dont la métrite, vieille de 8 ans, avait été exaspérée par le mariage. Sa vie était un vrai supplice. Je vis cette femme, atteinte de salpingite bilatérale, et je proposai formellement la laparotomie. Mais je voulus d'abord désinfecter l'utérus, et je constatai qu'après le curage à peu près tout disparut dans les annexes, si bien qu'un mois après la malade devenait enceinte et elle vient d'accoucher. Les faits de ce genre, je ne les explique pas très clairement, mais je subis leur enseignement et, sauf urgence absolue, je conseille de faire précéder la laparotomie d'un curage de la métrite : ce n'est pas seulement une sage préparation, mais c'est une chance de guérison complète et quelques faits de ce genre permettent de supporter de nombreux échecs.

M. Routier. — Depuis 1886, j'ai fait 24 curettages : c'est vous dire que je n'y soumets pas toutes les métrites. Ma technique est celle de M. Terrier. Je compte 12 métrites hémorrhagiques pures, avec 12 résultats merveilleux; 4 endométrites muco-purulentes, avec simple amélioration; 5 métrites avec salpingite, où le résultat a été nul, et j'ai vu des femmes chez lesquelles le curage, fait par d'autres chirurgiens, a causé une poussée tubaire.

M. Richelot. — La discussion actuelle prouve que nous sommes d'accord à peu près sur tous les points. Ma statistique personnelle porte sur 70 cas, avec 17 insuccès. Je crois qu'il est indispensable de dilater l'utérus lentement et largement ; qu'il faut ensuite le gratter avec soin, méthodiquement, lentement, en se souvenant bien de sa forme, en regardant ce qu'on enlève. Mais faut-il insister sur le grattage cervical ? Je ne le pense pas, car un col sérieusement malade est « incurable » ; c'est un leurre que de vouloir abraser sa muqueuse, et le seul procédé est de le supprimer en combinant l'opération de Schrœder au curage. C'est à l'absence de cette prati-

que que j'attribue beaucoup d'insuccès. En outre, pendant les premiers temps, les injections antiseptiques et faites antiseptiquement sont utiles; puis une fois tout cicatrisé, je crois qu'on a beaucoup exagéré la nocivité des simples injections de propreté faites par la malade elle-même.

Mes 78 insuccès concernent des femmes atteintes de lésions tubaires. Je crois en effet que l'échec est alors la règle, mais je m'incline devant les exceptions contraires, devant les faits de M. Trélat par exemple; on peut donc essayer et cela d'autant plus qu'il est souvent, en ville, difficile de convaincre d'emblée une femme qu'il est nécessaire de lui ouvrir le ventre.

Je terminerai en constatant que M. Championnière s'est en somme rallié au curage pratiqué avec modération. Il y a loin des paroles prononcées il y a 8 jours aux phrases qu'il imprimait il y a quelques semaines; où il s'élevait contre les chirurgiens qui veulent ressusciter l'antique métrite fongueuse, contre ceux, qui quand une femme souffre, s'occupent de son utérus et ne vont pas droit aux annexes; contre ceux qui pensent que le curage n'est pas seulement une saignée locale et un prétexte à repos. Autant de propositions aujourd'hui bien adoucies, et je ne sais qui il en faut plus féliciter du convaincu ou de l'éloquence persuasive de l'avocat.

M. Championnière. — Il est facile de triompher d'un adversaire, en lui prétant, pour la réfuter, une bêtise qu'il n'a jamais dite; en découpant dans ses écrits des phrases qui n'ont de sens précis que par ce qui précède et ce qui suit. Ce que j'ai dit et ce que je maintiens, c'est que les douleurs violentes, lombaires surtout, ne tiennent pas à la métrite, mais sont un indice constant de salpingite.

M. Trélat. — C'est erroné.

M. Championnière. — Je le maintiens. Maintenant, qu'il y ait parfois des douleurs modérées, qu'il y ait quelques cas où le curage est indiqué je ne le conteste pas. C'est une affaire de proportion et j'admets volontiers les chiffres si modérés de M. Bouilly et de presque tous nos collègues.

M. Richelot. — M. Championnière m'accuse d'avoir défiguré sa pensée. De la citation que j'ai faite il résultait que M. Championnière affirme que toute douleur abdominale vive provient des annexes et non de l'utérus; la réponse de M. Championnière me

prouve une fois de plus que c'est précisément là le point qui nous divise.

M. CHAMPIONNIÈRE. — Je pense en effet, que dans ces conditions le curage est impuissant et est à peu près fatalement suivi de récidive des douleurs, comme l'ont été les cautérisations, l'opération d'Emmet, etc., tous les actes, en un mot, où on ne vise que l'utérus.

M. TERRIER. — Comme M. Richelot, j'ai au début amputé le col seize fois sur vingt et une dans ma première statistique. Or j'ai observé à la suite de cette amputation, par tous les procédés, des atrésies de l'orifice et dès lors j'ai remplacé l'exérèse par un grattage particulièrement soigné et en 1889 je n'ai fait que six amputations du col sur trente curettages.

M. RICHELOT. — Ces atrésies existent, sans doute, mais avec le procédé de Schrœder elles sont rares et aisément dilatables.

M. TRÉLAT. — J'ai demandé la parole au moment précis où M. Championnière affirmait que souffrance vive signifie lésion des annexes. Je soutiens avec beaucoup d'autres auteurs, que la métrite peut à elle seule causer des douleurs locales et irradiées, spontanées ou provoquées par le palper, le toucher, l'hystérométrie. Nombre de fois j'ai constaté le fait et j'ai en particulier très nettes en mémoire trois observations récentes de ma clientèle. Ces douleurs, dont le siège, les caractères sont fort importants pour le diagnostic, cessent nettement après le curettage : cette influence de la thérapeutique fait la preuve de l'assertion que j'ai émise. Mais je n'ai jamais contesté, je ne conteste pas que les lésions tubo-ovariennes ne soient la cause de souffrances vives, différentes, il est vrai, des précédentes. Et même alors je ne crois pas qu'on soit en droit de proclamer l'impuissance complète du curage. J'ai cité trois faits où le curage a guéri la salpingite : j'aurais pu en rapporter plusieurs autres. L'an dernier, on a curé dans mon service 21 métrites compliquées : 4 fois la lésion des annexes a guéri et 3 fois elle a été réduite à des vestiges indolents. Comment agit-on ? Peut-on prévoir cette action ? Questions bien obscures. Je me souviens de deux malades à peu près identiques, que j'ai soignées il y a quelques mois. Elles étaient bien pareilles, et j'aurais laparotomisé les deux si j'avais la doctrine qu'il faut aller droit aux annexes. Or une des deux a guéri par le curage. Je ne souscris donc pas à cette doctrine qu'adopte M. Championnière. Lorsque l'on a établi un diagnostic précis et détaillé, je pense que dans les cas complexes

où sont indiqués le curage, la laparotomie, il faut commencer par l'acte le moins dangereux, le curage, car quelquefois il dispense de l'autre. Sauf urgence, par rupture imminente ou accomplie, par fièvre vive et persistante, on débutera par le traitement de l'endométrite et on en observera les effets.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 19 *janvier* 1890.

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR DEROUBAIX

Élections de nouveaux membres. Élections de membres honoraires. Sont nommés à l'unanimité : MM. les professeurs PIGEOLET, THIERY (Belgique) ; PAJOT, TARNIER (France) ; CHROBAK, C. BRAUM (Autriche) ; OLSHAUSEN, SAENGER, S. CANZONI (Allemagne) ; PORRO (Italie) ; SLAVIANSKY (Russie) ; BANTOK, SPENCER WELLS (Angleterre) ; EMMET (Amérique).

M. le professeur HUBERT (Louvain). **Étude mécanique sur le forceps.**

M. Hubert fait d'abord l'éloge du forceps qui, depuis 150 ans, a rendu et rend tous les jours encore de si grands services aux praticiens. Il en fait ensuite le procès et le malmène fort durement. Il critique le forceps croisé et pense avec CHASSAGNY (Lyon) que l'on a eu tort d'abandonner les branches parallèles, imaginées par Palfyn. M. Hubert explique le mécanisme du nouveau forceps à branches parallèles de Chassagny et en démontre les avantages dans les cas d'angustie pelvienne.

M. SAULMANN (Bruxelles). **Traitement électrique en Gynécologie**

L'auteur a obtenu d'excellents résultats par la méthode d'Apostoli. Il a traité des fibromes utérins par l'électricité et toujours avec succès.

Démonstration des appareils. Il emploie d'habitude un courant de 75 à 150 milliohm.

M. DESGUINS (Anvers). **Grossesse tubaire au 4e mois. — Guérison.**

Observation d'une femme admise dans le service de l'auteur pour tumeur abdominale prise d'abord pour pyosalpynx. Arrêt des règles depuis quelque temps fait penser à la grossesse extra-utérine.

Opération indiquée à cause de la gêne, de douleurs et de l'état général.

Quelques heures avant l'opération, la malade tombe en collapsus, présentant tous les symptômes d'une hémorrhagie interne. Voulant tenter la dernière chance de salut, M. Desguins décide l'opération. Ouverture de l'abdomen, extraction de nombreux caillots sanguins, apparition du kyste, ponction, ouverture et enfin extraction d'un fœtus. Il laisse le placenta en place, suture le kyste à la paroi et le bourre de gaze iodoformée. On parvient à force d'excitants à ranimer la malade.

3 semaines après, élimination de l'arrière-faix. Guérison.

M. de SAINT-MOULIN (Bruxelles). Laparo-hystérectomie pour fibro-myôme utérin.

Observation d'un cas de fibro-myôme utérin opéré par la voie abdominale.

Méthode extra-péritonéale. Guérison.

L'auteur présente à la Société une nouvelle sonde à double courant pour injections intra-utérines.

Dr C. JACOBS

REVUE ANALYTIQUE

MALFORMATIONS GÉNITALES

Quelques mots sur l'atrophie de l'utérus et des ovaires. (Einige Worte uber die Atrophie des Uterus und der Ovarien). KLEINWATCHER. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, Bd XVII. Hft 1, 43.

Il ressort de l'analyse rigoureuse des faits que le complexus symptomatique qui, suivant certains auteurs, appartiendrait à l'atrophie utérine, n'a pas cette valeur diagnostique. En réalité, il fait souvent défaut. Et quand il est présent, il est bien plus en rapport avec la chlorose, affection non secondaire mais primitive, qui préside à l'affaiblissement de l'activité vitale et, par contre-coup, amène l'épuisement du système sexuel.

L'atrophie de l'utérus n'est pas nécessairement associée à l'aménorrhée. L'utérus peut être atrophié et cependant les femmes peuvent être encore menstruées.

Le retour de la menstruation peut signifier retour à l'état normal,

ainsi à la suite de processus inflammatoires puerpéraux, graves, d'une lactation prolongée, ou lors de la guérison qui suit des maladies générales graves, etc.; tandis que ses troubles, ses irrégularités peuvent être les signes prémonitoires d'un affaiblissement précoce du système sexuel, ou les effets d'un processus morbide actuel (une métrite, par exemple); états qui, par leur durée, peuvent amener l'atrophie de l'utérus.

L'élément essentiel, pour la juste appréciation de l'importance pathologique de l'atrophie utérine, c'est la notion de l'état des ovaires. Quand ces organes sont eux-mêmes profondément modifiés par le processus atrophique, il n'y a plus à compter sur un rétablissement des fonctions sexuelles : la stérilité — à quelques exceptions près — est chose définitive.

Il est des processus puerpéraux, de nature inflammatoire, qui déterminent une atrophie des ovaires passagère, par exemple, certains processus exsudatifs en raison des compressions exercées par l'exsudat. Selon toute probabilité, la cachexie, sous la dépendance de maladies générales, est capable d'amener soit une atrophie transitoire des ovaires, soit, tout au moins, un vice de nutrition de ces organes, et, conjointement, une cessation de leur fonction. Il est, en conséquence, possible de rencontrer, exceptionnellement, et coïncidemment avec une atrophie de l'utérus, une atrophie des ovaires avec suppression de leur fonction, cette atrophie ovarique n'étant toutefois que transitoire.

L'atrophie de l'utérus, même abstraction faite de *l'atrophie de lactation* (hyperinvolution), n'est pas un état pathologique rare. Jusqu'à présent, on n'a recherché que les types purs, les plus frappants de cette anomalie morbide. Chez les femmes qui ne se plaignent pas d'affections intéressant directement le système sexuel, et dans le cas de maladies générales, il n'est accordé aucune attention à l'état de l'utérus et des ovaires. Si l'on s'en préoccupait davantage, on aurait l'occasion de constater bien plus fréquemment l'existence de cette atrophie, bien qu'en général à un degré plus avancé. Sur un ensemble de 1300 malades atteintes d'affections du domaine gynécologique, Simpson a trouvé 22 cas d'atrophie, soit une proportion de 1,69 p. 0/0 ; de son côté l'auteur, sur un total de 2288 malades, atteintes d'affections de semblable nature, en a trouvé 28 cas, soit une proportion de 1,23 p. 0/0; il attire l'attention sur l'analogie de ces deux chiffres. R. L.

Contribution à l'étude de l'atrophie de l'utérus. (Beitrag zur Lehre von der Atrophiauteri), W. Thorn. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* 1889, Bd XVI. Hft 1, p. 57.

La dénomination *d'atrophie congénitale* est impropre, car il s'agit dans ces cas plutôt d'un arrêt de développement (*hypoplasie*) Quant à *l'a. utérine acquise*, elle est soit *physiologique*, soit *pathologique*, et dans l'une et l'autre de ces deux variétés, *primitive* ou *secondaire*. L'a. utérine pathologique se subdivise elle-même en : 1) a. *puerpérale* et 2) a. *non puerpérale*.

1) a. *puerpérale*. Tantôt primitive et tantôt secondaire. Dans le 1er cas, elle est la conséquence de processus puerpéraux affectant l'utérus lui-même ou le paramétrium, et dans le second d'altérations ou de dégénérescence atrophique des ovaires.

2) a. *non puerpérale*. Elle est l'effet de maladies générales graves, d'affections portant sur des organes essentiels à l'existence, ou de processus morbides circonscrits de l'utérus et des annexes (tuberculose, chlorose, syphilis,... néphrite,... myômes utérins, prolapsus, endom. chronique...).

Mais l'auteur s'est occupé d'une manière toute spéciale de *l'atrophie utérine physiologique*, désignée sous le nom de *super involution* et qu'on met sous la dépendance de la lactation (*atrophie de lactation*). Et de l'analyse des faits cliniques, il a tiré les conclusions suivantes :

1) Les conditions de la période puerpérale *post-partum* étant normales, l'involution de l'utérus est essentiellement sous la dépendance de la lactation. La lactation représente un facteur important de l'involution normale dans les cas normaux, et elle peut influer d'une manière heureuse lorsque le processus d'involution est retardé par des affections de l'utérus et des annexes.

2) L'utérus de toute femme saine, aménorrhéique, et qui nourrit subit une superinvolution.

3) Cette hyperinvolution est tantôt *excentrique*, tantôt *concentrique ;* en règle générale, le col conserve ses dimensions normales. Mais, sous l'influence d'un processus phlegmasique chronique antérieur ou nouveau, il peut présenter un certain degré d'hypertrophie.

4) En général, les personnes vigoureuses ne présentent que l'atrophie excentrique, ou seulement un faible degré d'a. concentrique...

5) Les femmes faibles, peu résistantes, mais d'ailleurs parfaitement saines, sont, pour le plus grand nombre, atteintes d'hypertrophie concentrique et, parfois à un degré considérable (réduction du diamètre longitudinal à 4·5 cent.).

6) Le degré de l'hyperinvolution est en rapport, d'une manière générale, avec la durée et l'abondance de la lactation, le degré de résistance du sujet, et l'influence éventuelle de maladies générales ou locales intercurrentes.

7) Les ovaires des femmes saines mais aménorrhéiques, qui nourrissent et sont atteintes de superinvolution, ne subissent pas d'atrophie ; aussi, faut-il attribuer l'aménorrhée à l'atrophie du corps de l'utérus et, plus spécialement, de la muqueuse.

8) Après une période de temps variable, et dont la durée dépend du degré de l'hyperinvolution et de l'état de la nutrition générale, mais qui est en moyenne de 6 semaines après la cessation de l'allaitement, l'utérus revient à son état normal (épaisseur des parois, dimensions de la cavité utérine).

9) L'apparition de la première menstruation (*retour de couches*), ne se fait pas à une date fixe, et elle dépend de la restauration du corps de l'utérus et particulièrement de celle de la muqueuse. Toutefois l'éruption menstruelle peut précéder le retour complet *ad integrum* comme aussi ne pas suivre immédiatement celui-ci, au point que la grossesse peut survenir avant le *retour de couches*. Mais, d'*une manière générale, première menstruation signifie restauration complète de la matrice.*

10) Chez les femmes qui allaitent, régulièrement menstruées, l'utérus, en général, offre des dimensions et une consistance normales. C'est rarement qu'elles présentent un faible degré d'hypertrophie excentrique. Celle-ci, parfois même un certain degré d'hypertrophie concentrique, s'observe chez les femmes qui ne sont menstruées qu'à de longs intervalles Il est clair qu'une femme, au début menstruée régulièrement ou irrégulièrement, peut, sous l'influence d'une lactation prolongée, subir une superinvolution utérine considérable, et, par contre-coup, devenir aménorrhéique.

11) Très souvent l'hyperinvolution se complique d'anémie, et la complication est presque constante quand l'hyperinvolution est très accusée. En pareil cas, on observe encore une atrophie générale de la musculature, du tissu connectif, etc., modifications qui disparaissent avec le retour de l'utérus à l'état normal.

12) L'hyperinvolution est très souvent associée à la rétrodéviation de l'utérus, au prolapsus des ovaires, à la descente et au prolapsus du vagin.

13) En ce sens que l'hyperinvolution des femmes saines est l'effet d'un acte physiologique, la lactation, doit être considérée elle-même comme un processus physiologique, comme une variété d'atrophie utérine physiologique. Elle ne devient pathologique, que par l'intervention de facteurs morbides.

14) L'hyperinvolution de l'utérus des femmes saines, même quand elle est portée à un très haut degré, est curable; elle disparaît spontanément avec la cessation de la lactation.

15) C'est une erreur de dire que le temps que mettent les organes génitaux à revenir à l'état normal, à compter à partir de l'accouchement, varie de 4 à 6 semaines. Il est également faux d'affirmer que l'utérus, après l'accouchement et toutes conditions étant normales, ne peut revenir exactement aux dimensions qu'il avait avant toute gestation, à sa *petitesse antérieure*. Le *puerperium* (état puerpéral) ne peut être tenu pour définitivement terminé qu'avec l'involution complète, et chez les femmes qui nourrissent avec la régénération absolue de la matrice.

R. L.

De l'hyperinvolution de l'utérus et de son traitement. (Ueber Hyperinvolution uteri und deren Behandlung), H. HEITZMANN. Cent. f. d. gesamt. Therap. 1889. Hft IX, p. 513.

Avant tout, on doit s'appliquer à combattre toutes les causes capables de produire une hyperinvolution définitive. Aussi, est-il nécessaire de traiter tous les processus inflammatoires des organes pelviens, durant les suites de couches, dès le début, si légères que soient les manifestations symptomatiques. Contre l'anémie consécutive à une perte considérable de sang, on prescrira une nourriture fortement réparatrice, et un large usage du lait.

De cette façon, on obtient des résultats beaucoup plus rapides que par l'emploi des médications soi-disant toniques, reconstituantes. Remarque-t-on du côté de l'utérus une tendance vers l'hyperinvolution, il est indiqué de recourir à un massage prudent, qui sera fait éventuellement tous les jours et avec méthode. On tâchera ainsi de fortifier l'utérus, en sollicitant la muscu-

lature utérine, devenue flasque, à se contracter ; l'efficacité du traitement sera d'autant plus réelle qu'il aura été plus hâtif. D'autre part, il ne faut pas se lasser de le continuer, parce que souvent le résultat désiré n'est obtenu qu'après plusieurs mois. Il ne faut pas non plus oublier, que quand il s'agit de combattre la stérilité, le massage constitue le meilleur progrès curatif. Mais, indépendamment du massage, il nous reste d'autres ressources entre lesquelles les bains de boue tiennent le premier rang.

Mais lorsque l'*atrophie de l'utérus* est tellement avancée, ou bien qu'elle est si ancienne que la restauration des fonctions de l'organe n'est plus à espérer, nous devons employer tous nos soins à combattre ses conséquences et à diminuer les souffrances dont elle est l'origine. R. L.

De la rétention du sang dans le canal vagino-utérin oblitéré et de la salpingotomie. (Ueber Blutansammlung im verschlossenem. Utéro-vaginalkanale und die salpingotomie). G. Léopold. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXVI. Hft 3, p. 371.

L'auteur a eu à traiter les cas suivants : 1) Hémato-salpingite coïncidant avec une absence complète du vagin ; 2) Hématome tubaire commençant, dans un cas de corne utérine droite, rudimentaire ; 3) Deux cas d'hématokolpos, d'hématomètre et d'hémato-salpinx. *La guérison a toujours été obtenue.*

En considération de ces résultats, et de l'analyse des faits antérieurement rapportés par Fuld, il tire, quant à la conduite à suivre, le cas échéant, les conclusions suivantes : il n'est pas de procédé *unique* qui permette de parer aux dangers créés par une hémato-salpingite uni — ou bilatérale et sous la dépendance d'une oblitération du conduit utéro-vaginal. Il faut remplir les indications propres à chaque cas. L'épaisseur de la membrane d'oblitération, la distance qui sépare l'entrée du vagin de la matrice ou de la trompe distendue par du sang, représentent des conditions importantes.

S'agit-il d'une accumulation dans le vagin, il faut se préoccuper d'obtenir, grâce à une petite incison et à l'application d'un tube de verre, *un écoulement très lent* des masses accumulées. Il importe d'éviter de pratiquer des irrigations ayant pour but de forcer l'écoulement. Le vagin complètement évacué, on s'assure s'il reste encore du sang dans l'utérus et dans les trompes. S'il en était ainsi,

le mieux consiste à aborder l'hématomètre par le vagin. Mais *si les trompes ne se désemplissent pas, ou si, à la menstruation prochaine, elles s'emplissent de nouveau, il devient indiqué de procéder sans retard, par la laparotomie, à l'ablation des trompes.* Quand il y a *absence complète du vagin*, il faut, dans tous les cas, voir s'il est possible de créer un vagin artificiel. Si l'on y réussit, on ouvre la matrice par une large ponction, ou bien l'on y pénètre à l'aide d'un trocart, et l'on peut fixer un long tube de verre dans ce nouveau canal. Si, au contraire, l'on a échoué, c'est surtout de l'hématosalpinx qu'il faut se préoccuper. On l'ouvre par le vagin, ou bien on l'extirpe après laparotomie, en réglant sa conduite d'après l'appréciation des conditions anatomiques et de la situation de l'organe. Enfin, lorsqu'on a affaire à une hémato-salpingite coexistant avec un conduit génital double, mais oblitéré seulement d'un côté, c'est encore l'extirpation de l'hématome tubaire après laparotomie qui représente l'opération de choix. R. L.

Deux cas de rétention menstruelle, dus à l'occlusion du vagin. (Two cases of menstrual retention, due to occluded vagina), par MAYO ROBSON. *Provinc. med. journ.* Leicester, 1890, I, p. 5.

Le premier cas se rapporte à une jeune fille de dix-sept ans qui présentait une imperforation de l'hymen. La membrane, mince, ayant été incisée, le liquide s'écoula et la guérison survint sans incidents.

Le second cas est plus intéressant, car il s'agit ici, non d'une imperforation de l'hymen, cause ordinaire de ces rétentions, mais bien d'une absence de la partie inférieure du vagin. Le doigt introduit dans le rectum arrivait presque au contact d'une sonde introduite dans la vessie. Les cloisons rectale et vésicale, une mince couche de tissu cellulaire les séparaient seulement. La tumeur siégeait au-dessus. Une incision périnéale profonde permit d'arriver jusqu'à la tumeur. Le sang remplissait la partie supérieure du vagin, l'utérus dilaté et la trompe droite. Guérison parfaite. La jeune malade, parfaitement réglée, a été revue plusieurs fois.

(Deux cas de cloisonnement tranversal du vagin). J. FAURE. Two cases of transverse septum in the vagina, par C. J. CULLINGWORH. In *The Lancet*. Lond., 1889, t. I, p. 726.

Dans la première observation, ce sont des phénomènes de métrite qui attirèrent l'attention. La malade, qui bien qu'ayant été mariée pendant sept ans n'avait pas eu d'enfants, avait un vagin de 1 pouce 3/4 de profondeur. Au fond était un orifice admettant une sonde utérine, et derrière une large cavité, formée par le fond du vagin.

L'orifice fut dilaté et la cloison rompue avec un dilatateur utérin. On trouva derrière un col un peu ulcéré. Après quelques lavages antiseptiques, la guérison survint sans incidents et la métrite disparut.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme enceinte, qui, après une chute sur le dos, ressentit des douleurs dans le bas-ventre et vit apparaître un écoulement. A l'examen on trouva, comme dans l'observation précédente, une cloison transversale percée d'un orifice semblable au méat urinaire. Cet orifice agrandi, puis dilacéré avec les doigts, laissa voir le col utérin dilaté et les membranes saillantes. Après leur rupture, l'enfant fut extrait avec le forceps; il ne vécut d'ailleurs que deux heures. Le placenta fut enlevé en introduisant la main dans l'utérus. Les suites furent normales, et les seuls vestiges de la cloison furent quelques rugosités horizontales sur la paroi antérieure du vagin.

De nombreux renseignements bibliographiques, recueillis en partie dans la thèse de Delaunay, l'auteur conclut que la plupart des cloisonnements transversaux du vagin présentent un petit orifice, qui permet très fréquemment la fécondation. Aussi doit-on y remédier par la dilatation et, au besoin, par la section au bistouri.

J.-L. F.

Un cas de duplicité du canal génital chez la femme. (Un caso di duplicata del canale genital muliebre), SCIALPI. *Giorn. delle scien. med. di professore Cantani.* 3e fascicule, p. 161, 1889.

Une jeune fille de 19 ans, prostituée, examinée par l'auteur, présentait à l'orifice du vagin comme un ruban fibreux le divisant dans le sens antéro-postérieur et s'étendant de la commissure à l'orifice uréthral où il était moins épais, et empiétant plutôt à gauche qu'à droite. Cette bride occupait toute la hauteur du vagin qui était très long. Le col utérin était petit dans le canal vaginal droit et encore plus petit dans le canal vaginal gauche, qui paraissait avoir servi moins souvent au coït. Avec l'hystéromètre on entrait

jusqu'à 5 centimètres dans l'orifice utérin droit et un centimètre à peine dans l'orifice utérin gauche.

Au moment des règles le sang parut d'abord à droite et fut plus abondant de ce côté. Il y avait donc très probablement deux cavités utérines et l'écoulement de mucus catarrhal n'avait pas le même aspect ni la même abondance en sortant de chacun des orifices externes du col. Il ne paraissait y avoir eu qu'une seule membrane hymen.

MAUCLAIRE.

Un cas de développement incomplet des organes génitaux féminins. (Ein Fall von Entwickelungsfehler der weiblichen Genitalorgane), N. WARNEK. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889. Bd XVII. Hft. 2, p. 299.

X..., 23 ans, mariée depuis 3 ans. Depuis son mariage, apparition périodique, de 1-2 fois par mois, de douleurs abdominales violentes, avec, dans les derniers temps, irradiations douloureuses vers les régions inguinales et les cuisses. Coït toujours douloureux. A 3 reprises, il se fit par la vulve un écoulement d'un liquide blanc, fétide, très abondant, et accompagné de douleurs violentes. *Examen des organes génitaux:* pas de dilatation de l'urèthre, hymen déchiré ; vagin, large de 2 1/2 travers de doigt, long de 4 1/2 cent. se termine en un cul-de-sac fermé. De la paroi antérieure, proémine une crête qui empiète de moitié sur la lumière du conduit et se continue jusqu'à la voûte terminale. Sur la paroi postérieure, saillies rugueuses peu accusées ; au niveau du cæcum terminal quelques érosions, produites sans doute par le coït. *Pas de portion vaginale, pas traces d'orifice externe.* Le palper bimanuel permettait de constater 3 cent. au-dessus du vagin, la présence d'un corps ovalaire, à surface régulière, transversalement dirigé, qui à droite se continuait par un cordon épais, en connexion lui-même avec une tumeur, environ deux fois plus grosse que le corps ovalaire et très sensible à la pression. A gauche du corps ovalaire, un cordon qui échappait bientôt à l'exploration.

A cause de la violence des douleurs périodiques et de l'insuccès de tous les traitements médicaux, la laparotomie qui d'ailleurs débarrassa la femme de ses malaises et rendit les rapports sexuels non douloureux, permit de relever les particularités suivantes : a) le corps médian ovalaire était le corps d'un *utérus*

imparfaitement développé, le col faisant entièrement défaut ; un cordon large, mince reliait cet organe à la voûte du vagin. Le cordon dirigé vers la droite, était la trompe droite, normale ; la tumeur avoisinante, était constituée par l'ovaire, hypertrophié, avec des lésions de péri-ovarite et de dégénérescence kystique. A gauche, les annexes de l'utérus manquaient complètement.

De l'analyse des antécédents, il ressort que la fonction ovarique et les phénomènes du molimen menstruel ne se sont manifestés qu'après le mariage, et sous l'influence sans doute des rapports sexuels.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic des maladies chirurgicales, par le professeur Albert (de Vienne), traduit de l'allemand par Thiriar et Laurent. Bruxelles, 1890.

La traduction que M. Thiriar vient de nous donner du livre du professeur Albert de Vienne, sera, croyons-nous, bien accueillie ; les deux noms de l'auteur et du traducteur sont sympathiques au public français et suffisamment connus de nos compatriotes pour être un sûr garant de la valeur de l'ouvrage.

L'auteur étudie les maladies chirurgicales par régions, et à propos de chacune de celles-ci pose et discute le diagnostic de toutes les affections que l'on peut y observer. Le chapitre qui a trait aux tumeurs de l'abdomen, bien que court, renferme de nombreuses remarques intéressantes. En présence d'une tumeur de l'abdomen, il faut chercher à en préciser le siège et, pour cela on pourra s'appuyer sur les préceptes suivants : La tumeur rétro-péritonéale n'est pas mobile ; la tumeur intra-péritonéale est mobile et participe à tous les mouvements respiratoires ; enfin la tumeur prépéritonéale est mobile, mais elle ne se déplace pas verticalement pendant la respiration comme le foie, le diaphragme, etc. ; elle est mobile transversalement ou dans le sens antéro-postérieur comme la paroi abdominale elle-même. Ce ne sont là toutefois que des préceptes généraux et l'auteur est le premier à reconnaître qu'il est parfois très difficile de se prononcer sur la direction de ces mouvements.

En présence d'un malade ayant une tumeur de l'abdomen,

Albert montre que dès le début de l'examen, la simple inspection permet d'éliminer l'ascite si le ventre est simplement arrondi et non élargi et si les flancs ne sont pas saillants. Si la percussion donne partout un son tympanique c'est qu'il s'agit d'un simple météorisme et, chez les hystériques, la chloroformisation permettra de reconnaître qu'il s'agit d'une tumeur fantôme. Enfin si on vient à faire une ponction dans une tumeur liquide il faut se rappeler que la paralbumine parle en faveur d'un kyste de l'ovaire, que la fibrine et les globules blancs indiquent une ascite et que des cellules épithéliales de formes variables doivent faire soupçonner un néoplasme. L'auteur accumule ainsi à chaque pas un grand nombre de remarques cliniques qui permettent de faire un diagnostic sinon certain, tout au moins très probable.

MAUCLAIRE

Laparotomie et amputation supra-vaginale pour rupture utérine ; guérison. (A successful case of laparotomy and supravaginal amputation of the uterus, for rupture), par HENRY C. COE, extrait du *Med. Rec.*, N.-Y. 2 novembre 1889, p. 478).

Lorsque Coe fut appelé, des tentatives d'extraction par la version et par le forceps avaient été faites et la rupture utérine datait probablement de deux heures ; au palper abdominal on sentait deux tumeurs, l'une constituée par le corps de l'utérus en contraction tétanique, l'autre par la tête de l'enfant. Le ventre ouvert, on constata que le ligament large gauche était déchiré et donnait du sang. Comme l'état de la malade était grave, Coe se hâta d'extraire l'enfant par la déchirure et amputa l'utérus au-dessus d'un tube élastique placé comme serre-nœud. Ligature de vaisseaux et suture du ligament utéro-sacré gauche déchiré. Lavage du péritoine à l'eau chaude ; fixation du pédicule dans la plaie ; pas de drainage, guérison.

Coe a réuni 14 observations d'amputation supra-vaginale pour rupture utérine ; dans tous les cas, l'enfant était mort ; dans cinq cas la mère a guéri.

L'observation de Coe est la première guérison publiée en Amérique.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

DYSTOCIE DUE A LA PRÉSENCE D'UN MYOME INSÉRÉ SUR LA PARTIE POSTÉRIEURE DU SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS. — PUTRÉFACTION DU FŒTUS. — PRÉSENTATION DU SIÈGE. — EXTRACTION A L'AIDE DU BASIOTRIBE. — MORT AU 17me JOUR

Par le Dr **A. Ribemont-Dessaignes**
Agrégé à la Faculté de Médecine et Accoucheur de l'hôpital Beaujon.

Le 19 novembre 1889, j'ai avec l'assistance de mes confrères les Drs Chollet de Chevannes, Nodot et Martin d'Auxerre, et Varnier de Paris, terminé à Orgy (Yonne) un accouchement des plus laborieux à l'aide du basiotribe. Les conditions dans lesquelles je suis intervenu m'ont paru assez intéressantes pour être publiées.

Les notes qu'ont bien voulu me remettre MM. Chollet et Varnier me permettront de donner du fait une relation complète.

Mme M..., 36 ans, mariée depuis 12 ans, est enceinte pour la première fois. Elle a toujours joui d'une bonne santé et est d'une constitution vigoureuse. Sa grossesse des plus heureuses est arrivée à son terme sans avoir été traversée par d'autres accidents que quelques vomissements et quelques pertes survenues vers le mois de mai.

Dans la nuit du 12 au 13 novembre 1889, Mme M... se sent

très mouillée, ce qui ne l'empêche pas de se lever le lendemain et de vaquer à ses occupations ordinaires. Le 13 au soir le Dr Chollet a l'occasion de la voir et de recueillir de sa bouche les renseignements qui précèdent.

Fort avant dans la nuit du 14 au 15 mon confrère est appelé par Mme M... qui d'ailleurs n'avait aucune contraction douloureuse, mais qui venait de s'apercevoir que quelque chose d'insolite sortait par la vulve : le cordon ombilical était largement procident, ce qui ne laissa pas que d'inquiéter le Dr Chollet.

« Il y avait là, m'écrit mon confrère, indication de terminer rapidement l'accouchement. Je cherchai à m'éclairer sur le diagnostic, mais j'avoue que je demeurai fort perplexe. Je crus toutefois à une présentation du sommet prenant pour la tête une tumeur fibreuse méconnue jusque-là. L'orifice cervical n'était pas dilaté. Le col mou en avant, effacé en arrière, laissait à peine pénétrer deux doigts. Je fis lever la parturiente et lui administrai 2 grammes d'ergot de seigle espérant ainsi accélérer le travail. Ce fut en vain. A midi voyant que le travail ne se déclarait pas et prévoyant des complications, je prévins le mari et fis demander le Dr Martin d'Auxerre. Ce dernier vint vers 3 heures et son diagnostic ne différa pas du mien. Il pensa toutefois pouvoir terminer l'accouchement, et essaya d'introduire la main, mais il n'y put parvenir. Nous fîmes alors appel aux lumières du Dr Nodot. Ce confrère dont le diagnostic resta également incertain se rallia à l'opinion que j'avais émise et conseilla la temporisation, jugeant une intervention immédiate impossible. Nous pratiquâmes alors le tamponnement du vagin dans le but de provoquer les contractions utérines, et dans l'espoir que le lendemain nous serions plus à même d'agir.

Le lendemain 16 novembre nous nous trouvions réunis près de notre malade et nous constations avec peine que la dilatation n'avait fait aucun progrès. Nous introduisîmes alors dans l'utérus une sonde molle, et je donnai des injections chaudes antiseptiques. Travail nul.

Le dimanche 17, au matin, je retirai la sonde, pratiquai le toucher à l'aide duquel je constatai que nul changement local ne s'était produit. État général un peu moins satisfaisant. Mouvement fébrile modéré. Je me rendis alors à Auxerre et après en avoir conféré avec mes confrères, on télégraphia au Dr Ribemont-Dessaignes. »

Je reçus en effet dans l'après-midi du dimanche une dépêche des plus pressantes. Mais il me fut impossible de me rendre à l'appel de mes confrères et je priai mon ami le Dr Varnier de partir en mon lieu et place. Mon jeune et distingué confrère s'empressa de se rendre près de Mme M... chez laquelle il arriva à 2 heures du matin, le 18. Je lui laisse la parole.

A mon arrivée, dit le Dr Varnier, je trouvai les choses dans l'état suivant : femme à bout de forces, pouls un peu accéléré mais bon, température oscillant depuis la veille aux environs de 39°. Ventre notablement plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement au terme de la grossesse ; la région hypogastrique fait une saillie considérable qui déborde la symphyse. Palper rendu très difficile par la tétanisation de l'utérus et l'hyperesthésie de la malade.

Il me permet cependant de faire une constatation importante : au fond de l'utérus et à droite je perçois nettement deux tumeurs du volume d'une pomme d'api, rondes, dures, lisses, mobiles sous la paroi abdominale, faisant corps avec le tissu utérin, manifestement constituées par des fibromes sur lesquels la malade n'avait jamais attiré l'attention du médecin.

Les parties génitales externes sont un peu œdématiées ; la muqueuse vaginale est décapée par le tamponnement fait la veille ; un liquide noirâtre, exhalant une odeur infecte, s'écoule du vagin. Après une toilette antiseptique au sublimé à 1 pour 2000, la malade ayant été changée de lit et chloroformée, la chambre aérée et lavée, je pratique le toucher. Mon doigt est immédiatement arrêté par une tumeur qui comble l'excavation sacrée.

Cette tumeur est médiane, hémisphérique, à surface lisse, plutôt dure, non mobile ; non seulement elle comble l'excavation, mais elle rétrécit d'une façon que nous apprécierons mieux par la suite l'aire du détroit supérieur.

Rapprochant les sensations fournies par le palper et par le toucher, je diagnostique : fibrome du segment inférieur et je vois là la cause principale de la dystocie. Pour trouver le col je dois introduire toute la main dans le vagin et porter l'index et le médius très haut, en avant, dans l'étroit défilé qui sépare la tumeur de la symphyse pubienne. Le col est effacé ; les bords de l'orifice sont épais, œdématiés, non dilatables ; la dilatation est grande comme une pièce de 2 francs. A bout de doigt je sens une région fœtale accessible sur une surface très limitée ; je soupçonne qu'il s'agit d'un siège, mais je ne puis l'affirmer faute de points de repère caractéristiques.

Que faire ? tâcher avant tout de dilater cet orifice qui refusait de s'ouvrir spontanément afin de pouvoir établir le diagnostic ferme de la présentation, et juger du degré de perméabilité de la filière pelvigénitale.

J'avais à tout hasard emporté le ballon et la pince du Dr Champetier de Ribes. A six heures, je plaçai dans le segment inférieur, avec la plus grande facilité, le ballon qui fut distendu au maximum. Dès que la parturiente fut sortie du sommeil chloroformique les contractions utérines se manifestèrent avec toute la régularité du travail le plus normal et avec une intensité telle que ma cliente me suppliait bientôt d'enlever l'appareil.

Je tins bon et à 10 heures du matin le ballon, que j'avais partiellement dégonflé pour lui permettre de s'accommoder au rétrécissement, tombait dans le vagin d'où il fut extrait.

La malade ayant été endormie à nouveau, je trouvai la dilatation complète et je pus, par l'exploration manuelle, compléter mon diagnostic : présentation du siège mode des fesses en position gauche variété transversale. Présentation d'ailleurs très inclinée ; le siège, projeté par-dessus la symphyse par la tumeur fibreuse à cheval sur le promontoire, n'engageait dans le sinus déjà signalé que sa hanche postérieure. L'anus et le coccyx étaient inaccessibles. Fœtus très volumineux.

Je tentai la manœuvre de M. Pinard pour abaisser le pied postérieur, n'ayant pas le choix. Elle échoua pour deux raisons : d'abord parce que l'anneau de contraction tétanisé offrait un obstacle infranchissable au passage par flexion du pied et de la jambe dans le segment inférieur ; ensuite parce qu'il me fut impossible de porter mes doigts jusqu'au pli du jarret. De champ,

entre la symphyse et la tumeur, je ne pouvais pas faire passer le renflement phalango-phalanginien de mes quatre doigts étroitement collés l'un à l'autre. Ma main ne passait tout entière qu'en supination forcée, à plat devant la tumeur, et dans cette attitude elle ne pouvait avoir de prise solide sur la cuisse postérieure dont elle n'abordait d'ailleurs que la racine.

Je ne pouvais songer ni au crochet ni au lacs : le pli de l'aine postérieure étant seul accessible, mes tractions sur lui, nécessairement antérieures, n'auraient eu d'autre effet que d'augmenter l'inclinaison vicieuse du siège et sa projection antérieure. Je tentai alors en dernier ressort de saisir le fœtus du ventre au dos entre les deux cuillers du basiotribe de M. Tarnier. Je me proposais de réduire par broiement le volume de la région fœtale solidement saisie et en faisant la rotation d'engager le diamètre bitrochantérien dans le grand diamètre transversal de l'ouverture où passait ma main mise à plat.

Si loin que j'en portasse les manches en arrière le basiotribe ne put saisir que la hanche postérieure qu'il lâcha aux premières tractions.

Tout cela avait duré une heure. Je résolus de m'en tenir là et j'envoyai au Dr Ribemont-Dessaignes une dépêche l'appelant à notre secours et le priant d'apporter tout ce qu'il fallait pour une intervention qui pourrait aller jusqu'à l'opération de Porro.

Je ne m'occupai plus que de remonter les forces de la patiente et de la soumettre à l'antisepsie aussi complète que possible dans les conditions défectueuses de tous points où je me trouvais.

Les contractions utérines persistèrent toute l'après-midi, mais très espacées et peu énergiques. »

Je recevais en effet à 3 heures de l'après-midi la dépêche suivante :

« Impossible par voies naturelles, quatre doigts ne passent « pas. Fibrome très gros, non mobilisable, siège décomplété « fesses. Apportez tout pour Porro ».

Si elle me renseignait nettement sur la cause de la dystocie, cette dépêche ne me faisait que trop clairement entrevoir toute la gravité de la situation.

L'éventualité d'une opération de Porro que je serais peut-être condamné à faire m'apparaissait pleine des plus gran-

des difficultés. Je revoyais les pièces anatomiques d'une femme opérée il y a quelques années à la Maternité, et chez laquelle l'incision césarienne avait failli non pas ouvrir la cavité utérine, mais porter sur un énorme fibrome si ramolli, on pourrait dire si diffluent qu'au palper il avait été impossible d'en reconnaître la présence.

Je partis cependant, armé de tout ce qui m'était nécessaire pour cette opération, ressource extrême, et à deux heures du matin j'étais près de la patiente avec mes confrères Chollet, Nodot, Martin et Varnier. A mon arrivée le Dr Chollet m'apprit que la parturiente venait d'avoir un frisson assez violent et avait vomi.

Je m'attendais, ayant été un assez grand nombre de fois appelé pour terminer l'accouchement dans des cas où l'enfant était putréfié, à retrouver en entrant dans la chambre de cette pauvre femme l'odeur épouvantable qui se répand en pareil cas dans tout un appartement et que je ne connaissais que trop bien. Je fus agréablement surpris en constatant que grâce à la désinfection opérée par M. Varnier l'air n'était nullement vicié. En approchant du lit de la malade et en soulevant ses couvertures il y avait à peine d'odeur.

La malade très fatiguée demande à grands cris qu'on la délivre et d'avance est résignée à tout subir.

Je suis frappé en palpant son ventre par le volume et la dureté de l'utérus.

Je sens nettement les petits fibromes que me signale M. Varnier et je constate que l'utérus fait en avant et au-dessus du pubis une saillie anormale. Il n'y a pas de crépitation gazeuse, nul emphysème par conséquent des sinus utérins.

Je propose à mes confrères de donner de suite le chloroforme, après avoir prévenu le mari des possibilités de mon intervention.

La malade endormie, et ses organes encore une fois désinfectés, je pratique le toucher et reconnais à mon tour que

l'excavation est en grande partie remplie par une tumeur de consistance moyenne occupant la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus. Cette tumeur placée à peu près sur la ligne médiane en avant et au-dessous du promontoire semble remonter au delà. L'orifice externe du col à bords épais, revenus sur eux-mêmes, est assez dilatable. Très haut à travers cet orifice j'arrive sur la fesse postérieure du fœtus.

Très désireux avant tout d'éviter l'opération de Porro, je me décide à recourir à l'embryotomie si laborieuse qu'elle puisse être et je choisis d'emblée pour la pratiquer le basiotribe dont je n'utilise pas le perforateur. Je n'avais guère l'espoir de terminer du premier coup, mais je pensais pouvoir engager et abaisser le siège et plus tard morceller le fœtus si cela est nécessaire, ou le laminer à l'aide de basiotripsies répétées portant successivement sur les différentes régions de son corps.

La main droite introduite tout entière dans le vagin je fais pénétrer l'extrémité de mes doigts dans l'étroit espace laissé libre par la tumeur et les engage assez pour reconnaître la situation exacte du sacrum qui est à gauche et transversalement placé.

La première branche du basiotribe pénètre sans difficultés et je m'efforce de porter sa cuiller aussi en avant que possible. La 2e branche guidée par la main gauche est mise en place après quelques tâtonnements.

J'articule et je serre à fond l'écrou, mais dès la première traction le basiotribe dérape.

Je recommence l'application de l'instrument en ayant toujours comme objectif le placement des cuillers au-dessus et en avant de la région pubienne. Je cherche à porter l'instrument le plus haut possible et j'y réussis assez pour que l'articulation soit dans le vagin.

A l'écartement des branches je crois avoir une meilleure prise que précédemment et après avoir serré l'écrou à fond, je commence mes tractions en les dirigeant en arrière

autant que faire se peut. Je sens que ma prise est solide, car malgré des tractions soutenues, énergiques, mais cependant sans violence le basiotribe ne glisse pas. Toutefois je suis bientôt obligé de m'arrêter. Le lit de la parturiente n'est pas très élevé et je ne puis déployer, obligé que je suis d'être à genoux, une force suffisante. Je fais rapidement jeter une épaisse paillasse sur une table solide et mes confrères et moi y transportons notre malade. Je puis maintenant opérer debout et dans de bien meilleures conditions.

Après quelques minutes de tractions bien soutenues, je pratique le toucher, et je constate avec satisfaction que le siège s'est franchement engagé dans l'orifice utérin. Il me semble que la tumeur tend à remonter au-dessus du détroit supérieur. Je reprends avec confiance mes tractions et bientôt un petit jet d'urine m'indique que l'engagement du fœtus s'accentue. La vulve commence à s'entr'ouvrir, les cuillers du basiotribe apparaissent entraînant le siège. Dès lors je crois pouvoir annoncer que je suis maître de la situation.

En effet, le dégagement de l'extrémité pelvienne se fait sans grande peine ; la région abdominale volumineuse et la région thoracique ne tardent pas à sortir en décrivant un léger mouvement spiroïde.

Je vais chercher le bras postérieur que j'abaisse en le fracturant et j'achève le dégagement du tronc en tirant à la fois sur ce bras et sur l'instrument.

Reste la tête que je suppose devoir m'offrir quelques difficultés que je m'apprête à lever en pratiquant son écrasement. Mais ce broiement céphalique est inutile. En effet le doigt introduit dans la bouche fléchit la tête. Une traction modérée exercée sur le maxillaire inférieur en amène la sortie avec une facilité inespérée.

Quelques instants après j'introduis la main dans l'utérus dont je lave largement la cavité avec une injection au sublimé à 1 pour 2000. Je constate que le corps fibreux a subi une ascension complète et qu'il est maintenant tout entier au-dessus du détroit supérieur.

Il s'écoule de l'utérus une certaine quantité de liquide sanieux horriblement fétide. Je décolle le placenta et termine la délivrance.

Pendant que mon confrère et ami M. Varnier continue à laver la cavité utérine et achève la toilette de l'accouchée j'examine le fœtus dont les dimensions m'ont paru anormales surtout au niveau de l'extrémité céphalique.

Le basiotribe a bien été, comme je me le proposais, appliqué d'avant en arrière sur le bassin du fœtus. La branche gauche dépassant les limites du sacrum remonte jusqu'au premièrès vertèbres lombaires (fig. 1).

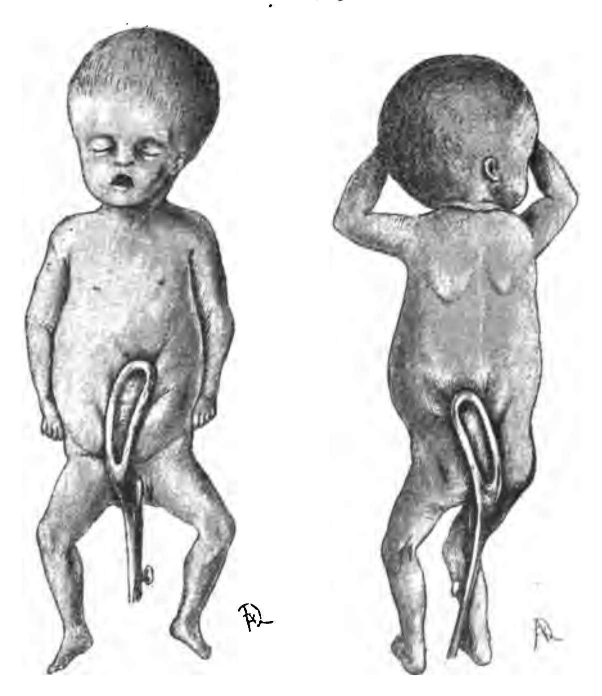


FIG. 1. FIG. 2.

La branche droite dépasse le niveau de l'ombilic (fig. 2). Il est facile de constater que l'instrument n'a pas glissé d'un millimètre malgré l'énergie des tractions assez longtemps prolongées.

Le fœtus bien que putréfié présente encore une résistance remarquable, car il est fréquent de voir la putréfaction amener un tel ramollissement de tous les tissus que sous les moindres efforts ceux-ci se déchirent ; les articulations elles-mêmes ne résistent plus et les membres s'arrachent avec la plus grande facilité.

Le fœtus est volumineux. Je ne puis malheureusement donner son poids. Il mesure 63 centimètres de longueur du talon au bregma. L'extrémité de la cuiller de la branche gauche du basiotribe qui a été mise en rapport avec le dos du fœtus est à 33 centim. du bregma.

La tête grosse, sphérique, à peine ossifiée est le siège d'une hydrocéphalie notable. Une partie du liquide semble avoir disparu, car la tête a la consistance d'un ballon de caoutchouc incomplètement rempli d'eau.

Du menton au bregma elle mesure 18 centim. Le diamètre bipariétal en a 14.

De la racine du nez au bregma il y a 12 centim.

Après avoir de nouveau irrigué la femme M..., nous la reportons dans son lit où elle ne tarde pas à sortir du sommeil chloroformique. L'utérus est bien rétracté, on le sent parsemé de fibromes de volume différent.

Nous prenons congé de notre opérée la confiant aux soins éclairés du Dr Chollet.

Rentré à Paris je fais partir pour Orgy Mme Carpentier, sage-femme, ancienne aide de la Maternité de Beaujon, afin d'assurer chez l'accouchée une antisepsie de tous les instants.

Malgré les soins assidus qui lui sont prodigués pendant trois semaines, Mme M... succombe le 6 décembre à 5 heures du matin, tuée par la septicémie.

Ce fait clinique porte plusieurs enseignements. C'est, croyons-nous, la première fois que le basiotribe est appliqué sur le siège mode des fesses. De nombreuses applications de cet instrument sur la tête nous ont appris depuis longtemps quel merveilleux instrument de broiement et quel puissant

moyen de traction nous trouvons en lui. Malgré sa faible courbure pelvienne nous avons pu en l'introduisant très haut aller saisir le siège au-dessus et jusqu'en avant de la symphyse du pubis. Grâce à cela nous avons pu avoir une prise suffisante pour engager le siège à travers l'étroit espace laissé libre par le corps fibreux. L'ascension du corps fibreux dont une volumineuse portion plongeait dans l'excavation pelvienne, se produisant ainsi sous l'influence de l'engagement du siège, est un fait qui vient s'ajouter à bien d'autres, à l'appui de l'opinion de notre excellent maître le professeur Tarnier. Celui-ci préfère en effet la présentation du siège à celle du sommet quand le segment inférieur est occupé par un fibrome. L'ascension de ce dernier devient plus aisée.

M. le Dr Varnier (1) a récemment fait ressortir le service que l'on a obtenu et que l'on peut attendre en pareil cas du dilatateur de mon cher collègue et ami Champetier de Ribes. Nul doute qu'il nous eût permis d'obtenir quatre jours plus tôt une dilatation suffisante pour parfaire le diagnostic et opérer avant l'infection de l'organisme par les produits de la putréfaction fœtale, c'est-à-dire avec toutes les chances de sauver les jours de la malade.

REMARQUES CLINIQUES ET OPÉRATOIRES SUR UNE SÉRIE DE TRENTE LAPAROTOMIES (2)

Par MM. **Pozzi**, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, **De Lostalot-Bachoué** et **Baudron**, internes des hôpitaux.

I. — KYSTES DE L'OVAIRE

Il est utile d'établir une division suivant qu'on a affaire à de grandes poches susceptibles d'acquérir un développement

(1) *Gazette hebdomadaire*, n° 6, 8 février 1890.

(2) Ces observations ont trait aux opérations faites du mois de février 1889 au mois de février 1890, soit dans le service de gynécologie de l'hôpital

considérable remplissant tout l'abdomen, ou qu'il s'agit de cette forme particulière de cavités kystiques (kystes folliculaires, kystes du corps jaune) qui ne dépassent jamais certaines dimensions et ne s'élèvent pas au-dessus de la cavité pelvienne. Ces kystes, généralement multiples, à contenu séreux ou hématique, peuvent transformer tout l'organe en une masse bosselée qui, lorsqu'on a pratiqué l'évacuation des poches, est réduite aux minces cloisons des cavités, et est par cela même remarquablement peu considérable, la substance de l'ovaire étant détruite en presque totalité. Cette distinction n'a été qu'ébauchée par Lawson Tait et mériterait de plus longs développements dans lesquels nous ne pouvons entrer ici; il y a là en effet une espèce anatomique et clinique parfaitement définie, que M. Pozzi a proposé d'appeler *maladie kystique de l'ovaire.* Elle est souvent bilatérale.

Les symptômes de cette dégénérescence polykystique se confondent au double point de vue des signes physiques et rationnels avec ceux des tumeurs de la trompe dont il est presque impossible de les distinguer avant l'ouverture du ventre.

Ces faits sont toutefois entièrement distincts de ce qu'on a appelé la dégénérescence micro-kystique des ovaires, caractérisée par de petites lacunes du volume d'une lentille ou d'un pois, siégeant au sein du tissu scléreux d'une ovarite chronique.

GRANDS KYSTES

OBS I (1) (RÉSUMÉE). — *Kyste de l'ovaire droit avec élongation du pédicule. — Ovariotomie. — Guérison.* — Mme D..., âgée de 26 ans, réglée à 11 ans, toujours régulièrement; légères douleurs

---

Pascal, soit en ville. Un grand nombre de laparotomies a été, en outre, fait à l'hôpital Pascal par M. Picqué, chirurgien des hôpitaux, pendant les mois qu'il a suppléé M. Pozzi.

(1) Observation publiée *in extenso*, par M. DE LOSTALOT, *Bulletin de la Soc. anat.*, avril 1889, p. 295.

au moment des règles. Mariée il y a 12 ans, a eu trois enfants dont le dernier a cinq ans.

Début apparent de la maladie peu après le dernier accouchement, par des douleurs abdominales assez vives. Il y a 3 ans surtout, le ventre à commencé à augmenter de volume. Six mois plus tard crises douloureuses avant ou après les règles. La malade a eu environ quinze crises semblables dont la dernière en août 1888.

En janvier 1889, à Périgueux, ponction qui donne issue à 1/2 verre d'un liquide semblable à du café clair.

Le 31 mars elle est vue par M. Pozzi. Le ventre est du volume d'une grossesse à terme. Pas d'ascite, à droite tumeur lisse, fluctuante, bien limitée supérieurement.

Laparotomie le 6 avril par M. Pozzi, assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes du service. Incision abdominale de 7 cent. A l'ouverture du ventre, on trouve le kyste adhérent par toute sa circonférence à l'épiploon, à la paroi abdominale antérieure et à l'intestin ; ces adhérences étaient très vasculaires ; après leur rupture assez facile, faite au moyen de la main introduite à plat entre le kyste et la paroi abdominale, le kyste a été ponctionné, et la poche attirée à l'extérieur. M. Pozzi constate alors, non une *torsion du pédicule* ainsi que l'avaient fait prévoir les symptômes cliniques, mais une *élongation de ce pédicule* ; celui-ci présentait une longueur de 15 à 20 centimètres ; il était de la grosseur d'une plume d'oie, d'aspect fibroïde, très peu vasculaire, donnant au toucher la sensation d'un gros canal déférent ; la nutrition du kyste se faisait, non par les vaisseaux du pédicule, mais par les adhérences nombreuses et vasculaires ; le pédicule a été lié par un nœud de Lawson Tait, au moyen d'un fil de soie, sectionné et réduit dans l'abdomen.

L'épiploon dilacéré par la rupture des adhérences n'est pas excisé. Ablation de l'ovaire gauche atteint de dégénérescence polykystique. Durée de l'opération 25 minutes ; ni lavage ni drainage.

Le grand kyste contenait une assez grande quantité de sang qui se présenta sous forme de caillots fibrineux rétractés. On note des traces d'apoplexie interstitielle sous forme d'une vaste ecchymose noirâtre.

Aucune réaction fébrile les 6 premiers jours, vers le 8e, la température s'élève à 38°,5. Abcès profond dépendant sans doute d'une

épiploïte qui est incisé et drainé. Vers le 15e jour, douleurs au niveau du pédicule gauche. L'abcès se cicatrise sauf un petit trajet fistuleux qui persiste jusqu'à l'élimination du fil de soie qui liait le pédicule gauche, cinq mois après l'opération. La malade revue, 15 octobre, est en parfaite santé.

Cette observation offre un exemple, que nous croyons jusqu'ici unique, d'élongation du pédicule ayant occasionné des symptômes semblables à ceux de la torsion en agissant par le même mécanisme (occlusion des vaisseaux). Il est infiniment probable que le kyste à ses débuts avait été porté très haut dans l'abdomen par le développement de l'utérus gravide et y avait contracté des adhérences étendues avec l'épiploon. Après l'accouchement, le retrait de l'utérus a opéré une traction qui s'est exercée surtout sur le pédicule et l'a réduit à un cordon fibreux, tandis que la nutrition du kyste continuait à se faire par les riches adhérences épiploïques. Les conséquences habituelles de la torsion du pédicule se sont ici produites : hémorrhagies intra-kystiques, péritonite localisée, douleurs intenses.

Au point de vue opératoire, il faut signaler la dilacération considérable qu'on a dû faire subir à l'épiploon pour le détacher ; quelques ligatures au catgut avaient été appliquées sur cette membrane ; or, ce catgut, insuffisamment préparé (ainsi que l'a démontré une expérience ultérieure) a donné lieu à de la suppuration : cette épiploïte qui s'est révélée par l'apparition d'une tumeur ligneuse formant un plastron sous la cicatrice, et par une élévation de la température, a été l'origine d'un vaste abcès rapidement tari après l'incision pratiquée au niveau de la plaie. Mais la ligature du pédicule avait sans doute été infectée de la sorte, et un trajet fistuleux a persisté pendant plusieurs mois, jusqu'à l'élimination de deux anses de fil de soie qui étaient ainsi devenues intolérables pour les tissus.

Obs. II (résumée). — *Kyste de l'ovaire droit. — Maladie kystique de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Guérison.* — La nommée Marie M..., 25 ans, giletière, salle Pascal, n° 26.

Réglée à 16 ans régulièrement, sans douleurs : Mariée à 21 ans. Une seule grossesse en février 1888. Accouchement à terme. La malade souffre depuis cet accouchement, surtout au moment des règles qui sont restées normales. Les douleurs qui siégeaient d'abord à l'hypogastre sont actuellement localisées au niveau du nombril : ce sont surtout des sensations de tiraillements, de crampes.

Tumeur abdominale globuleuse, comme une grosse tête de fœtus à terme, très mobile, fluctuante, sans connexion avec l'utérus.

Laparotomie le 28 mai 1889, par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service.

Incision de 7 centim. Quelques adhérences intestinales et pariétales facilement rompues. Ponction du kyste qui contient environ 2 litres de liquide chocolat. Ablation de la poche et de l'ovaire gauche criblé de petits kystes.

Réunion par première intention. Aucune réaction fébrile. La malade sort guérie le 20 juin.

Obs. III (résumée). — *Kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule. — Ovaire gauche polykystique. — Laparotomie. — Guérison.* — La nommée Ler..., Céline, institutrice, âgée de 31 ans, lit nº 21. Réglée à 14 ans régulièrement. Menstruation précédée et suivie de périodes douloureuses (2 à 3 jours).

Le 16 avril 1889, la malade reçoit dans la fosse iliaque droite un coup de tête d'un enfant. Le soir douleur violente à ce niveau. Le surlendemain, en pleine rue, la malade est prise de violentes douleurs abdominales, de sueurs profuses, d'une faiblesse extrême au point qu'on doit la ramener chez elle en voiture.

Depuis lors les douleurs ont persisté, mais sans aggravation des troubles de la menstruation.

Depuis un mois son ventre grossit. Amaigrissement notable.

Dans le flanc droit, tumeur ovoïde lisse (tête de fœtus) très mobile, indépendante de l'utérus.

Diagnostic : kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule.

Laparotomie le 23 juillet par M. Pozzi assisté de MM. Laffitte et de Lostalot, internes du service. Incision de 8 centim., pas d'adhérences. Ponction du kyste qui contient environ 2 litres de liquide épais, chocolat. Ablation de la poche et de l'ovaire gauche polykystique. Durée de l'opération 30 minutes. Suites très simples.

Réunion par première intention, sauf en un point à l'angle inférieur de la plaie. La malade sort guérie le 20 août.

Les observations II et III sont intéressantes par l'association des deux formes que nous avons distinguées dans l'altération kystique des ovaires : d'un côté *grand kyste*, de l'autre, *maladie kystique*. D'après la forme anatomique de cette dernière nous ne croyons pas qu'il s'agisse là du début d'un mégalokyste. M. Pozzi a du reste plusieurs fois observé cette pareille coïncidence dans ses ovariotomies : il est nécessaire, d'explorer toujours avec soin l'ovaire du côté réputé sain avant de refermer le ventre.

OBS. IV (RÉSUMÉE). — *Kyste de l'ovaire droit. — Maladie kystique de l'ovaire gauche. — Ovariotomie double. — Guérison.* — Mme Laf..., 35 ans, réglée à 11 ans régulièrement. 1re grossesse douloureuse en 1881. 2e grossesse normale en 1886.

Depuis son dernier accouchement, douleurs dans le bas-ventre, les reins, les cuisses. État névropathique perpétuel. Leucorrhée abondante, trois ménorrhagies dont l'une a duré 23 jours. Quatre mois après l'accouchement, pelvipéritonite qui a duré 3 mois. M. Pozzi pratique un curettage utérin le 10 avril 1889, mais le soulagement immédiat n'a pas duré.

Laparotomie le 16 juin par M. Pozzi, assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes du service.

Incision de 6 centim., on tombe sur une tumeur blanchâtre, nacrée, du volume d'une grosse orange, molle, fluctuante. C'est l'ovaire droit kystique placé entre l'utérus et la paroi abdominale. Il est ponctionné et contient deux verres de liquide citrin. Il est enlevé. A gauche, la masse salpingo-ovarienne est extrêmement adhérente. L'ovaire est polykystique à petites cavités du volume d'un pois à une noisette, la trompe légèrement augmentée de volume. L'un et l'autre sont excisés. Hémorrhagie insignifiante au niveau des adhérences rompues. Ni lavage ni drainage. Durée de l'opération, 30 minutes. Aucune réaction fébrile ; réunion par première intention.

La malade repart pour son pays et guérie dans les premiers jours de juillet.

Il s'agit ici d'un cas très complexe. Il existait en effet chez cette malade à la fois une endométrite et des lésions des annexes qu'on avait attribuées à un hydrosalpinx. Un curettage lui avait procuré un grand soulagement, mais chez elle la métrite était évidemment deutéropathique et liée à l'altération des annexes par le mécanisme signalé par Czempin. A l'ouverture du ventre on trouva un kyste de l'ovaire droit du volume d'une tête de fœtus qui avait pu être senti distinctement pendant l'anesthésie tandis que la malade étant éveillée il était masqué par les reliefs des muscles droits. Les trompes étaient atteintes de salpingite parenchymateuse chronique et l'ovaire gauche était intimement adhérent aux parois pelviennes dont il put être détaché par dilacération ; malgré l'étendue des délabrements ainsi faits, M. Pozzi ne crut devoir faire ni lavage ni drainage, l'opération ayant été tout à fait aseptique. Il eût agi autrement pour peu qu'il y eût eu effusion de pus ou de matières septiques.

Obs. V. — *Très grand kyste gélatineux de l'ovaire droit. — Fibromes utérins. — Ovario-hystérectomie. — Pédicule intra-péritonéal. — Mort.*

Mlle Cav..., 60 ans, malade depuis 1883; à cette époque, crises gastralgiques des plus violentes, traitement suivi à Royat; l'année suivante (1884) douleurs dans le côté droit; consultation des docteurs Bamberger, Brown et Bartsch de Viennne qui diagnostiquent une tumeur de l'ovaire droit; à la suite de deux saisons passées à Franzensbad, persistance des douleurs, œdème des membres inférieurs; en novembre 1886, écoulement très abondant par le vagin d'un liquide trouble; à partir de l'année 1881, amaigrissement considérable, vomissements, diarrhée alternant avec la constipation. Ménorrhagies, tandis que jusqu'à cette époque les règles avaient été peu abondantes.

Depuis le mois de février 1889, dégoût des aliments, vomissements, diarrhée constante, affaiblissement considérable coïncidant avec une rapide augmentation du volume du ventre. Le Dr Pozzi diagnostique alors un kyste multiloculaire.

Laparotomie, le 7 mai 1889.

A l'ouverture du ventre, on tombe sur un kyste ovarique du

volume d'une grossesse à terme, multiloculaire, gélatineux, développé aux dépens de l'ovaire droit, et ayant dédoublé le ligament large jusqu'à l'utérus; la trompe très développée est accolée au kyste : l'utérus, qui est du volume de deux poings, contient plusieurs fibromes; il existait aussi un peu d'ascite. On est obligé d'enlever l'utérus qui adhère à la tumeur ovarienne.

Traitement intra-péritonéal du pédicule après cautérisation au thermocautère.

Suites opératoires, bonnes les trois premiers jours, mais la malade qui vomit tout ce qu'elle prend, meurt le 16e jour d'inanition

Cette malade était très cachectique. L'opération elle-même offrit de grandes difficultés. La partie antérieure de la tumeur était occupée par une masse alvéolaire à contenu gélatineux que la ponction ne put évacuer. Une poche liquide était complètement cachée derrière cette masse solide. La tumeur fut extraite du ventre par une incision relativement petite eu égard à son volume, mais grâce à un mouvement de rotation sur son axe, l'utérus bascula avec elle. Il lui était intimement adhérent, la tumeur ayant dédoublé le ligament large. Afin d'abréger le plus vite possible la durée de l'opération on pratiqua l'ablation de l'utérus en même temps que celle de la tumeur dont il n'eût été que très laborieusement détaché.

Il faut noter aussi l'énorme dilatation de l'estomac qui descendait jusqu'au pubis en formant une poche affaissée et flasque à la manière d'un tablier. Il est très probable que cette particularité doit entrer pour une part considérable sinon prépondérante dans les causes de la mort. En effet la malade n'a succombé à aucun accident péritonitique; elle s'est éteinte d'inanition, tous les aliments étant rejetés, le 16e jour après l'opération.

B. — MALADIE KYSTIQUE DES OVAIRES

OBS. I (RÉSUMÉE). — *Maladie kystique des deux ovaires. — Laparotomie. — Ablation. — Guérison.* — La nommée Marguerite

R. de V..., âgée de 24 ans, a été réglée à 17 ans, toujours irrégulièrement. Mariée à 21 ans, devient enceinte presque immédiatement. Grossesse pénible, douleurs abdominales, phénomènes dyspeptiques. Accouchement à terme d'un enfant ayant actuellement 21 mois. Délivrance au bout de 22 heures. Au 5e jour après l'accouchement, pelvi-péritonite qui a duré 4 mois. Depuis lors douleurs abdominales constantes. Métrorrhagie abondante en mai 1889, suivie d'une nouvelle poussée de pelvi-péritonite qui a duré 2 mois : les douleurs sont toujours allées en augmentant depuis cette dernière poussée aiguë.

Après examen sous chloroforme; M. Pozzi porte le diagnostic de salpingo-ovarite double avec maladie kystique de l'ovaire droit.

Laparotomie le 12 novembre 1889, par M. Pozzi, assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes du service. Incision de 6 cent. Ablation des annexes des deux côtés. Adhérences surtout considérables du côté droit. L'ovaire de la grosseur d'un œuf criblé de petits kystes est adhérent à l'appendice iléo-cæcal qui en est détaché avec précaution. Durée de l'opération, 30 minutes.

Aucune réaction fébrile. Réunion par première intention. La malade sort guérie le 30 novembre.

Nous attirerons l'attention sur une particularité anatomique constatée au cours de l'opération, l'adhérence de l'appendice iléo-cæcal à la trompe droite. Ce fait est assez fréquent et peut causer une méprise redoutable, le cordon dur que forme l'appendice pouvant être pris pour le pédicule.

Obs. II (résumée). — *Maladie kystique des deux ovaires. Laparotomie. — Guérison.* — La nommée Clémence Po..., âgée de 24 ans, sans profession, est couchée au lit n° 24.

Réglée à 10 ans, régulièrement mais avec abondance (pendant 8 à 12 jours). Dès l'âge de 12 ans la malade a été sujette aux crises nerveuses. Mariée à 20 ans, ses crises diminuent de fréquence et d'intensité, les règles sont moins profuses.

En 1884, 1re grossesse normale; 2e grossesse également normale en 1886. Six mois après ce dernier accouchement, les règles sont devenues irrégulières et extrêmement abondantes, dans leur intervalle la leucorrhée était considérable. Les douleurs abdominales sont si violentes qu'elles obligent la malade à s'aliter fréquemment.

Elle entre dans un autre hôpital au mois de juin 1888 et subit successivement sans aucun soulagement trois curettages de l'utérus à un mois d'intervalle. Quand elle entre à Pascal le 7 décembre 1889 la marche est impossible, la station debout fort pénible.

L'examen ne peut être pratiqué que sous chloroforme tant la pression des culs-de-sac vaginaux est douloureuse. M. Pozzi fait le diagnostic de maladie kystique des deux ovaires adhérents avec salpingite parenchymateuse double.

La laparotomie est faite le 13 décembre par M. Baudron, interne du service.

Incision de 6 cent. Ablation des annexes des deux côtés. Les deux ovaires polykystiques du volume d'un œuf, sont très adhérents surtout le gauche. Ni lavage ni drainage. Durée de l'opération 22 minutes.

Suites opératoires très simples. Aucune réaction fébrile. Réunion par première intention. La malade quitte l'hôpital le 2 janvier. Revue le 31 janvier, elle a repris ses occupations et ne souffre plus.

Ce cas est un exemple frappant de l'influence indirecte sur la muqueuse utérine, des affections même non inflammatoires des annexes. Cette malade avait été traitée trois fois par le curettage, mais son endométrite n'avait pu être guérie, la cause résidant dans l'altération des ovaires. L'ablation de ces derniers a provoqué la guérison qui avait résisté au traitement local de l'endométrite.

OBS. III (RÉSUMÉE). — *Maladie kystique des deux ovaires. — Ovariotomie double. — Guérison.* — Mme B..., 22 ans, réglée à 11 ans, irrégulièrement, sans douleurs. En 1884, grossesse normale. Un mois après l'accouchement leucorrhée abondante avec douleurs lombo-sacrées, nausées, vomissement, état nerveux très accentué. Pas de métrorrhagies; règles normales mais douloureuses.

En juin 1889, curettage de l'utérus par M. Pozzi qui diagnostique une double lésion des annexes et laisse entrevoir l'éventualité d'une laparotomie.

La laparotomie est pratiquée le 15 novembre 1889, par M. Pozzi, assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes du service. Inci-

sion de 6 cent. Les annexes extrêmement adhérentes dans le cul-de-sac de Douglas sont successivement décortiquées et excisées. Des deux côtés on se trouve en présence d'ovaires du volume d'un œuf ressemblant à des grappes de petits kystes. Les deux trompes sont rouges, peu volumineuses. Durée de l'opération, 25 minutes. Suites très simples. Aucune réaction fébrile, réunion par première intention. Les douleurs ont persisté quelque temps au niveau du pédicule gauche. Actuellement 28 janvier, elles ont presque disparu. La malade a repris de l'embonpoint et ne se plaint que d'une insomnie opiniâtre.

Chez cette malade, l'examen clinique et les antécédents avaient fait croire à une collection de la trompe. Le toucher notamment donnait une sensation tout à fait analogue à celle fournie par un kyste tubaire accolé au ligament large et prolabé dans le cul-de-sac de Douglas. Les signes rationnels étaient identiques. Cette observation est donc un exemple de l'impossibilité de faire avant l'ouverture du ventre un diagnostic anatomique précis entre la maladie kystique des ovaires et une tumeur de la trompe. Cette malade opérée depuis deux mois ressent encore quelques douleurs abdominales quoiqu'elle se trouve considérablement soulagée. Il faut être averti de cette persistance possible des douleurs longtemps après l'opération. Elles se manifestent surtout dans les cas où l'on a été obligé de détruire de fortes adhérences. Elles se dissipent ordinairement au bout de quelques mois.

Obs. IV (résumée). — *Maladie kystique des deux ovaires. — Kyste inclus. — Laparotomie. — Guérison.* — La nommée Gr..., Claudie, 19 ans, modiste, est couchée salle Pascal A, lit n° 6. Réglée à 12 ans, irrégulièrement jusqu'à 14 ans. Fausse couche de 7 mois, il y a 18 mois. Depuis cette époque douleurs dans le bas-ventre avec irradiations vers les reins et les cuisses, s'exaspérant avec la menstruation, par la fatigue. Métrorrhagies. Dans l'intervalle des règles leucorrhée abondante, métrorrhagie considérable il y a 4 mois entre deux époques (fausse couche ? ?). Actuellement les douleurs sont surtout localisées à droite.

Etat général excellent.

Laparotomie le 8 mai par M. Pozzi, assisté de MM. Laffitte et Baudron, internes du service. Incision médiane de 6 cent.

A gauche, tumeur salpingo-ovarienne, très adhérente, trompe du volume du pouce, non suppurée; ovaire criblé de petits kystes dont l'un du volume d'une noisette se rompt pendant la décortication et laisse écouler un liquide citrin.

A droite, tumeur très adhérente, ovaire polykystique, l'un des kystes s'est développé en dédoublant les deux feuillets du ligament large, il a le volume du poing et est coiffé par la trompe qui est du volume de l'index et non suppurée. Le pédicule très large à droite est lié par trois points en chaine. Le ventre est refermé sans lavage ni drainage; l'opération à duré 35 minutes.

Aucune réaction fébrile jusqu'au 4e jour où la température vespérale atteint 38°; on désunit alors l'angle inférieur de la cicatrice qui laisse écouler une cuillerée à café de pus. Lavage et drainage de cet abcès superficiel. Malgré cela, les jours suivants la température se maintient autour de 38°-38°,5. On constate alors dans le cul-de-sac vaginal droit une masse empâtée du volume d'une mandarine (hématocèle sous-péritonéale?) Sous l'influence des injections vaginales à 45° répétées toutes les deux heures, l'empâtement rétrocède rapidement et la température retombe à 37°.

La malade quitte l'hôpital le 25 juin et part pour Vichy. Elle a été revue le 28 septembre convalescente d'une fièvre typhoïde. Elle ne souffre plus et vient d'avoir ses règles pendant 4 jours.

Nous signalons la disposition anatomique assez rare observée dans ce cas : l'ovaire polykystique s'étant développé en dédoublant les feuillets du ligament large où il était inclus. Cette particularité rend probablement compte de la légère paramétrite observée pendant la convalescence et qui sans doute avait pour origine un peu de suffusion sanguine dans l'épaisseur du ligament large. Lawson Tait signale comme très fréquente cette forme d'hématocèle sous-péritonéale post-opératoire.

C. — HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES

Obs. I (résumée). — *Fibro-myôme de l'utérus. — Hystérectomie abdominale. — Guérison.* — Mme Bouss..., 31 ans, réglée à 12 ans, très irrégulièrement jusqu'à 16 ans. A partir de 16 ans, menstruation régulière mais douloureuse. Mariée à 20 ans. Quelque temps après fausse couche de trois mois. Depuis cette époque douleurs constantes dans le bas-ventre avec exaspération au moment des règles. En 1886 les règles commencent à devenir très abondantes. Le Dr Gallard diagnostique un fibrome et envoie la malade faire successivement deux saisons à Néris et à Salies-de-Béarn. Depuis quelques mois la malade perd constamment du sang. M. Pozzi diagnostique un fibrome interstitiel situé à la limite du fond de l'utérus et de la paroi antérieure.

Laparotomie, le 10 novembre 1889 par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service : incision abdominale de 15 cent.; utérus attiré au dehors du ventre, et placement d'une ligature élastique provisoire; M. Pozzi pratique une incision de 8 centim. sur la paroi utérine; pendant les tentatives d'énucléation par le procédé de Martin, la cavité utérine est ouverte, le myôme étant sous-muqueux et très adhérent de toutes parts; M. Pozzi se décide alors à pratiquer sur-le-champ l'hystérectomie abdominale; avec pédicule extra-péritonéal; pansement de la gouttière péripédiculaire avec un mélange de tannin et d'iodoforme.

Suites opératoires simples : la température n'a pas dépassé 37°,5; chute du pédicule au 18e jour. La malade est partie guérie le 10 janvier 1889.

La forme globuleuse de l'utérus et la palpation combinée avec le cathétérisme utérin ayant permis de faire le diagnostic très exact de corps fibreux interstitiel de la face antérieure de l'utérus, M. Pozzi conçut dès lors le projet de faire l'énucléation intra-péritonéale suivant le procédé de Martin. Ce fait vient démontrer les difficultés auxquelles peut se heurter parfois cette opération. Le corps fibreux était adhérent de toutes parts, tant aux tissus utérins qu'à la muqueuse utérine qui le recouvrait en partie, si bien que la cavité de l'organe se trouvait largement ouverte après l'ablation de la

tumeur. A la vérité, la suture de la muqueuse et de la plaie utérine a été faite en pareil cas, mais il est évident que le moignon réduit dans l'abdomen expose alors aux mêmes dangers de septicémie que le pédicule réduit dans le ventre après l'hystérectomie suivant la méthode de Schrœder. M. Pozzi pense donc que l'énucléation intra-péritonéale suivie de suture de la plaie utérine et de réduction dans le ventre ne constitue un progrès que lorsque la cavité utérine n'a pas été ouverte. C'est pourquoi il se décida immédiatement à maintenir à l'extérieur le pédicule creux qu'avait ici donné l'énucléation et à appliquer la méthode de traitement de Hegar.

Il faut spécialement signaler les grandes précautions que l'on dut prendre pour ne pas placer la ligature élastique sur le bas-fond de la vessie remontant assez haut le long de la face antérieure de l'utérus. Une broche fut préventivement placée sur cette dangereuse frontière avant d'appliquer le cordon de caoutchouc afin d'éviter qu'elle ne fût franchie. Cette précaution sera utilement observée dans tous les cas analogues. Le cathétérisme explorateur de la vessie doit être pratiqué à ce moment-là avec une sonde d'homme.

Le pansement a été fait en remplissant d'un mélange de tannin (4 parties) et d'iodoforme (1 partie) le sillon péripédiculaire ménagé autour du moignon utérin par l'absence de sutures des plans fibro-musculaires à ce niveau. Ce mélange est préféré par M. Pozzi à celui de 2 parties de tannin et 1 partie d'acide salicylique employé par Freund et Kaltenbach. Le premier pansement peut être laissé en place de 4 à 6 jours et les suivants être renouvelés tous les deux jours; ce n'est que lorsque la plaie péripédiculaire commence à devenir granuleuse qu'on insinue des lanières de gaze iodoformée au fond de cet entonnoir. Le pansement pulvérulent a pour avantage de momifier et de racornir l'eschare pédiculaire beaucoup mieux que ne le faisaient les applications de chlorure de zinc employées précédemment.

L'hystérectomie avait été ici précédée de l'ablation des

deux ovaires et des deux trompes ; ces organes étaient réunis en une masse polykystique formant une grappe de petites poches à parois minces. Cette dégénérescence avancée des annexes est une des raisons qui ont poussé M. Pozzi à pratiquer l'hystérectomie au lieu de s'en tenir à la castration. Il était en effet vraisemblable que les réflexes hémorrhagipares ne pouvaient partir d'organes aussi altérés et où toute fonction physiologique paraissait abolie.

Obs. II (résumée). — *Fibro-myôme utérin pesant* 14 *livres. — Hystérectomie abdominale. — Plaie de la vessie. — Guérison.* — Mme Sint.., d'Agen, 35 ans, salle Pascal, lit nº 24. Réglée à 11 ans régulièrement. Mariée à 16 ans. Trois grossesses normales, une fausse couche. Depuis 20 ans les règles sont très abondantes et un peu douloureuses. Il y a 10 ans le Dr Andrieux d'Agen constata chez cette malade l'existence d'une tumeur siégeant à droite du bas-ventre. Cette tumeur a surtout pris un développement considérable depuis deux ans. Une seule période hémorrhagique il y a cinq ans ; elle a duré 6 mois. La malade entre à Pascal le 6 décembre 1889.

A la vue, le ventre paraît énorme, sa surface est irrégulière : il proémine surtout sur la ligne médiane et à droite où fait saillie une tumeur grosse comme une tête d'adulte. Par la palpation on trouve que ces tumeurs sont dures, mobiles simultanément. A la percussion, on trouve une matité absolue répartie sur toute la surface du ventre et séparée de la partie supérieure de l'abdomen par une zone sonore.

Par le palper abdominal et le toucher vaginal on trouve les culs-de-sac vaginaux antérieur, postérieur et latéral droits occupés par une masse dure ; les mouvements imprimés à la tumeur par le palper abdominal sont transmis à la tumeur que l'on sent dans les culs-de-sac. Le col utérin est introuvable et semble siéger dans un infundibulum très profond constitué par le cul-de-sac latéral gauche ; le cathétérisme a été impossible à pratiquer. Par le toucher rectal, on trouve le cul-de-sac de Douglas occupé par une masse dure dans laquelle on ne distingue pas l'utérus.

Le malade a éprouvé de temps en temps des douleurs disséminées dans le ventre et qui semblent dues à des poussées périto-

nitiques. Phénomènes de compression consistant en constipation, douleurs dans le fondement, miction fréquente et douloureuse.

Le diagnostic porté par M. Pozzi est celui de myôme de l'utérus. Il existe de plus un petit fibrome à chaque sein.

Opération le 12 décembre 1889, avec l'aide de MM. de Lostalot et Baudron, interne du service : à l'ouverture du ventre, on tombe sur une énorme tumeur fibreuse qui remplit la partie médiane et droite de l'abdomen et repose par sa base sur le plancher pelvien ; après quelques efforts et l'agrandissement de l'incision abdominale qui remonte jusque près de l'appendice xiphoïde, la tumeur est extraite de la cavité abdominale ; M. Pozzi s'aperçoit alors qu'elle n'est pas pédiculisable, mais incluse dans le ligament large droit, et enveloppée d'une coque séro-fibreuse très vasculaire ; l'intestin lui adhère sur toute la partie postérieure ainsi que l'épiploon : la tumeur n'étant pas pédiculisable, il est impossible de faire une hémostase provisoire ; M Pozzi ouvre largement la coque qui enveloppe la tumeur et les nombreux vaisseaux sont pincés au fur et à mesure qu'ils donnent du sang ; pendant les manœuvres opératoires, un aide tient la tumeur soulevée dans ses deux mains. En incisant la coque séro-fibreuse de la tumeur, un coup de ciseaux est donné malheureusement sur la vessie et celle-ci est ouverte sur une étendue de 6 à 7 cent. ; une sonde d'homme introduite alors dans le réservoir urinaire permet de constater que la vessie remontait très haut sur la face antérieure de la tumeur à laquelle elle était intimement adhérente. La plaie vésicale est suturée au catgut par deux surjets superposés. Le pédicule utérin est maintenu en dehors du péritoine au moyen de deux broches, et le péritoine pariétal est suturé à la circonférence de ce pédicule ; la gouttière péripédiculaire est pansée au moyen d'un mélange de tannin et d'iodoforme ; la poche du ligament large d'où a été extraite la tumeur et la cavité prévésicale de Retzius sont tamponnées avec de la gaze iodoformée, et une sonde à demeure doit être conservée nuit et jour. Durée de l'opération : 50 minutes. La tumeur pesait 14 livres. Suites opératoires excellentes ; jusqu'au 6e jour qui a suivi l'opération, la malade n'a pas rendu d'urines par la plaie ; la 7e nuit, la malade, très indocile, retire sa sonde vésicale ; le lendemain le pansement est souillé par de l'urine ; il se forme dès lors une fistule urinaire qui est aujourd'hui presque fermée (10 février) et ne laisse écouler que quelques gouttes d'urine quand

la vessie est distendue. La chute du pédicule s'est faite le 18e jour, et actuellement la plaie abdominale est complètement cicatrisée, la malade quittera l'hôpital incessamment.

Une grande difficulté opératoire résultait ici de l'impossibilité de faire l'hémostase provisoire par la ligature élastique, la tumeur n'étant pas pédiculisable, mais étant fixée largement sur le plancher pelvien par une coque séro-fibreuse parcourue par de gros vaisseaux ; force était donc de procéder rapidement à l'ouverture de cette coque et à la décortication de la tumeur en plaçant au fur et à mesure de longues pinces sur les tranches des tissus divisés, ce qui fut fait le plus rapidement possible, tandis qu'un aide tenait à pleines mains la tumeur soulevée. L'hémostase put être ainsi facilement effectuée pour que la malade ne perdît qu'une quantité insignifiante de sang. Mais, dans la dernière partie de l'opération, les rapports étant complètement dénaturés par la torsion imprimée à la tumeur, un coup de ciseaux, comme il a été dit ci-dessus, fut donné sur la vessie qui s'élevait à une hauteur considérable et formait sur la face antérieure une sorte de prolongement diverticulaire. Cet accident eût pu être certainement prévenu si une sonde d'homme eût été maintenue dans le réservoir urinaire, ce qu'on ne devra jamais négliger en pareil cas.

Le mode de suture adopté pour réparer la plaie vésicale (suture au catgut à deux étages superposés) aurait très probablement donné ici un résultat complet sans l'indocilité de la malade qui retirait à chaque instant la sonde à demeure qu'on avait eu le soin de placer dans la vessie; les urines ne se sont pas écoulées par la plaie jusqu'au sixième jour. Le choix du catgut pour la suture a été fait de préférence à la soie à cause de la présence du pédicule destiné à se nécroser et à fournir des liquides qui auraient certainement produit l'infection d'un fil perméable et poreux comme l'est la soie ; le crin de Florence, avec lequel on pourrait être tenté de remplacer le catgut, présente l'inconvénient de ne pas se

prêter à la suture en surjet et de ne donner même avec des points séparés qu'un affrontement beaucoup moins sûr. Dans le cas où le pédicule ovarique ou utérin est réduit dans l'abdomen et n'est pas condamné à la mortification, la suture d'une plaie de la vessie concomitante faite pendant une ovariotomie ou une hystérectomie devra être faite de préférence avec la soie dont on n'aurait pas alors à redouter l'infection secondaire.

OBS. III (RÉSUMÉE). — *Myôme de l'utérus pesant 3 kilogrammes. — Cancer du sein droit. — Hystérectomie abdominale. — Amputation simultanée du sein droit. — Guérison.* — Marie Mall..., 45 ans, lit nº 25. Réglée à 11 ans, toujours normalement. Pas de grossesse. Santé excellente jusqu'en 1885. Depuis cette époque les règles sont très abondantes, dans l'intervalle la malade a de la leucorrhée, de plus elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre avec irradiation vers les reins et le périnée. Depuis deux ans seulement la malade s'est aperçue qu'elle avait une tumeur abdominale; la constipation est alors devenue opiniâtre et souvent les mictions sont douloureuses.

Il y a seize mois la malade a remarqué dans le sein droit la présence d'une tumeur qui actuellement a le volume d'une mandarine, est libre sur les plans profonds mais adhérente à la peau. Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire.

L'examen permet de constater du côté de l'utérus la présence d'une tumeur grosse comme une tête de fœtus à terme faisant corps avec la matrice dont elle occupe la paroi antérieure, très dure et très mobile. Hystéromètre, 16 cent. Diagnostic : Fibromyôme de la paroi antérieure de l'utérus.

Opération pratiquée le 20 décembre 1887 avec l'aide de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service : Incision de 20 cent. environ, laissant juste passer la tumeur ; une fois celle-ci sortie du ventre, M. Pozzi applique une ligature en chaîne de fils de soie de chaque côté sur les ligaments larges ; ablation des annexes ; amputation de la partie supra-vaginale de l'utérus. Le pédicule est traité comme dans les observations I et II. M. de Lostalot fait l'ablation du sein droit pendant que M. Pozzi termine l'hystérectomie.

Durée des deux opérations, 1 heure 1/2.

Suites opératoires excellentes sans réaction fébrile. Le sein réuni par première intention. Chute du pédicule utérin au 18e jour.

La malade complètement guérie va quitter l'hôpital incessamment.

Il faut noter ici la coexistence d'une tumeur de l'utérus et d'une tumeur du sein, indice d'une sorte de diathèse néoplasique; cette coexistence se montrait aussi dans l'observation précédente, mais dans cette dernière les tumeurs qui existent aux deux seins paraissent de nature bénigne (fibrome).

L'opération simultanée des deux tumeurs n'offrait ici aucun inconvénient grâce à la méthode antiseptique qui permettait d'obtenir une réunion par première intention de la plaie mammaire, et la nature maligne de l'affection du sein défendait un plus long délai.

REVUE CLINIQUE

HÉMORRHAGIE GRAVE CONSÉCUTIVE A UNE CAUTÉRISATION ÉTENDUE DU VAGIN

Par le Dr A. Bétrix, membre correspondant de la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

Les hémorrhagies d'origine vaginale, donnant lieu à des accidents d'une certaine gravité et survenant dans la pratique gynécologique peuvent être regardées comme des faits exceptionnels, absolument perdus dans la grande fréquence des hémorrhagies de cause utérine. D'ailleurs nous sommes très mal renseignés sur le sujet et si nous consultons les différents traités et manuels gynécologiques, nous voyons que bien peu d'auteurs mentionnent cette éventualité, et s'ils le font, c'est toujours en passant, sans s'y arrêter et sans y attacher une importance particulière. Après avoir

parfois mentionné les causes qui peuvent y donner lieu, telles qu'un traumatisme, la rupture de varices, des formations néoplasiques, des cautérisations de toute nature, ils ne nous renseignent aucunement ni sur la gravité et les complications de ces accidents ni sur la thérapeutique à appliquer dans ces cas.

C'est pour cette raison, qu'il m'a semblé intéressant de publier l'observation suivante, qui, quoique isolée, pourra peut-être présenter quelque intérêt et contribuer à l'étude des hémorrhagies d'origine vaginale.

Le 24 mai 1888, j'étais appelé à 6 heures du matin chez Mme O., une dame que je connais déjà pour l'avoir soignée à différentes reprises pour des petites indispositions, n'ayant rien à faire avec notre spécialité, mais que je n'avais pas revue depuis plusieurs mois.

Me trouvant occupé au dehors de mon domicile, je ne pus arriver chez ma malade qu'entre 8 et 9 heures du matin ; on m'attendait avec impatience et on avait même fait mander pendant ce temps un ou deux confrères plus rapprochés. Néanmoins j'étais le premier sur place.

La malade en effet était dans un état inquiétant ; elle était très anémiée, très affaiblie, elle sortait d'une syncope pour retomber dans une autre et ne pouvait elle-même donner aucuns renseignements sur ce qui lui était arrivé.

Comme l'histoire génitale de la malade n'a pas d'importance dans le cas présent, pour ne pas allonger l'observation je la passerai sous silence. Il suffira de savoir que Mme O... n'a pas dépassé la trentaine, a 3 enfants vivants, est grande, forte, de bonne mine et d'excellente santé ; j'appris seulement plus tard, que depuis quelques mois, ses règles avaient une tendance à se prolonger quelques jours de plus qu'à l'ordinaire, elles duraient ainsi 8 à 10 jours, sans cependant inquiéter ni par leur abondance, ni par des symptômes douloureux.

Quant à l'accident actuel, voici ce que l'on me raconta. Mme O., avait fait le jour précédent une excursion à St-Cloud et là, pendant la promenade dans le bois, elle avait été prise subitement, sans aucunes douleurs prodromiques, d'une hémorrhagie très abon-

dante avec expulsion de caillots ; s'étant fait reconduire prestement chez elle, elle se mit de suite au lit.

Là, après quelques injections chaudes, la perte avait cessé et la première partie de la nuit avait été tranquille, mais vers 5 heures du matin, à la suite d'un mouvement il était survenu l'expulsion de caillots volumineux. L'hémorrhagie avait recommencé de plus belle, la malade avait eu des frissons et des syncopes et on avait couru de tous côtés chercher du secours médical.

Ainsi que je pouvais m'en rendre compte par le contenu des vases, cuvettes, et des serviettes encombrant le cabinet de toilette, la quantité de sang perdu était importante; d'ailleurs, l'état actuel de la malade était bien celui d'une anémie aiguë grave.

Quelle était la source et la cause de l'hémorrhagie ? La palpation abdominale ne donnait que des renseignements négatifs, les parois était très souples, on ne constatait ni douleurs, ni tumeurs, ni augmentation notable de l'utérus, rien de particulier du côté des ligaments.

Le toucher vaginal provoque un mouvement de recul de la part de la malade, donc une légère douleur, seulement passagère ; le vagin étant rempli de caillots volumineux, je dus donner une irrigation tiède pour l'évacuer complètement ; le col est situé normalement, dur, même rigide, l'orifice externe à peine entr'ouvert ; l'utérus est légèrement augmenté de volume, lourd, non sensible à la pression et en position normale, tous les culs-de-sac sont souples, libres, non douloureux.

Très peu renseigné par le résultat de mon exploration, je résolus, avant de procéder à l'examen de la cavité utérine, de passer en revue avec soin les caillots et le sang expulsés pour voir si je ne pouvais y trouver quelques indications, s'il s'y trouvait peut-être des débris de placenta, de membranes ou d'autres signes de fausse couche. Il est vrai que la malade assurait ne pas être enceinte, mais les dames ont si souvent de telles assurances, qui se trouvent démenties par les faits, que dans ces cas on ne doit se fier qu'à ses propres constatations.

L'examen du sang et des caillots, expulsés avant mon arrivée, de même que celui des linges et des serviettes me donnèrent un résultat absolument négatif : pas le moindre signe suspect, rien d'anormal. Mais dans le liquide, provenant de l'irrigation que je venais moi-même d'administrer à ma malade, parmi le sang

et les caillots je trouvai deux lambeaux de tissu, qui de suite attirèrent mon attention et dont je vais donner la description complète.

Quoique inégaux en volume, ils présentaient un aspect identique ; une fois étendus, étalés sur la main, leur forme était ovalaire, irrégulière ; néanmoins l'un d'eux était muni en plus d'un prolongement, mince et effilé.

Le plus volumineux mesurait exactement, sans compter son appendice, 14 cent. de long sur 32 de large ; le prolongement mesurait en plus 3 cent. sur une largeur de près d'un centimètre ; le plus petit lambeau, ovalaire aussi, mesure 5 cent. de long sur 2 de large.

Leur épaisseur maxima, au centre, est de 5 à 6 millim., de là elle va en diminuant jusqu'à leurs bords, qui sont amincis, effilés, irréguliers ; leur coloration est celle des tissus mortifiés, sale, blanc jaunâtre, légèrement verdâtre à quelques endroits, ils exhalent une odeur infecte ; il n'y avait pas de doute possible, j'avais à faire à des eschares ; mais quelle était leur provenance, c'est ce dont il fallait s'assurer de suite.

M. le Dr L. qui venait d'arriver, voulut bien examiner les deux fragments et fut bien du même avis quant à leur identité. Avec beaucoup de précautions, vu l'état de la malade, nous la plaçons en position obstétricale et procédons à l'examen au spéculum ; dès l'introduction d'un Fergusson de moyen calibre, nous pûmes constater à 6 ou 7 cent. de la vulve le commencement de la perte de substance, qui correspondait à nos eschares ; en manœuvrant doucement et lentement, graduellement, en éclairant peu à peu toute l'étendue des lésions, nous pûmes nous rendre compte de la situation ; la plus grande eschare provenait de la paroi vaginale postérieure, tandis que la plus petite lui faisait vis-à-vis, était détachée de la partie correspondante de la paroi antérieure.

Vu les violents frissons, que la malade avait éprouvés dans la nuit et venait encore d'éprouver immédiatement avant notre examen, vu encore la fétidité des eschares, il était urgent de faire ici de l'antisepsie rigoureuse. Je fais donc une irrigation et lavage soigneux du vagin avec une solution de sublimé au 1 : 3000, puis je pratique le tamponnement à la gaze iodoformée, néanmoins sans insister sur la quantité de gaze introduite, juste de quoi recouvrir toute la surface ulcérée et exercer une légère compression sur la région.

Température, de suite après le pansement 39°,7. Pouls faible, 120.

Je prescris du champagne et une nourriture tonifiante et engage la malade à en prendre.

. Soir, 7 heures. Temp. 38°,7. La malade, quoique très faible se trouve bien, elle n'a pas eu de nouveaux frissons, aucun écoulement vaginal, la miction a été spontanée. Elle ne se plaint aucunement de symptômes de compression, simplement de forte céphalalgie.

Le 26. Quoique la malade ait été agitée pendant la nuit, l'état général est sensiblement meilleur. Le pouls est ralenti, plus fort. Temp. 37°,8.

Aucunes nouvelles pertes. J'enlève le tamponnement, qui est à peine teinté en rose, je fais une irrigation au sublimé 1 : 3000 et un nouveau pansement iodoformé.

J'étais assez intrigué de savoir la cause qui avait produit des eschares aussi étendues du canal vaginal, aussi voyant que ma malade était ce matin-là assez disposée à causer, je l'interrogeai délicatement sur le sujet.

Elle me raconta alors, que 8 jours avant son accident, ses règles se continuant quelques jours de plus qu'à l'ordinaire, voulant les faire cesser elle avait sur le conseil d'une amie, introduit *elle-même* un gros tampon, imbibé d'*Eau de Rabel* ; la douleur avait été modérée au début, bientôt plus forte de sorte qu'après un séjour d'environ 5 minutes le tampon avait été retiré. Depuis lors sa ménorrhagie avait cessé et elle ne s'était plus inquiétée de la chose ; elle n'avait éprouvé aucune gêne, aucunes douleurs, jusqu'à l'apparition subite de l'hémorrhagie, qui avait nécessité mon intervention. Je me fis donner le flacon, contenant le restant de l'eau de Rabel employée, mais après dosage de l'acide sulfurique, je dois reconnaître qu'elle était au titre normal, indiqué par le Codex.

M[me] O... fut très étonnée d'apprendre que l'accident actuel était en relation avec l'application malheureuse de son tampon vaginal et sa conséquence directe. Elle jura, mais un peu tard, que l'on ne l'y reprendrait plus.

Le 27. La malade est toujours très faible. La nuit a été agitée, céphalalgie. Comme j'incrimine un peu l'iodoforme de cette agitation, je fais le pansement à la gaze phéniquée. Toute la surface

de la plaie est en plein état de granulation. Temp. 38°, le matin, et 38°,3 le soir.

Irrigation tiède, légèrement phéniquée.

Le 28. La nuit a été moins agitée. Huile de ricin, 15 gr.

Le 29. Temp. 38°,3. La malade a bon appétit, se nourrit bien. Même pansement.

Le 30. Temp. 38°,2. Pansement iodoformé.

1er juin. Tout danger d'infection ayant disparu, et voulant faire marcher rapidement la cicatrisation, j'ai imaginé un nouveau pansement. Connaissant l'excellente action du *térébène* sur les vieilles plaies atoniques, ne pouvant se couvrir de bourgeons charnus, je trouvai son emploi absolument indiqué dans ce cas particulier et voici comment je l'employai. Je me fabriquai des compresses, composées de 4 ou 5 doubles de fine gaze simple, je les trempai dans le mélange suivant :

Térébène.................. } àà 100 gr.
Huile d'amandes douces.... }

Les compresses avaient environ 10 cent. de long sur 4 à 5 de large.

J'introduis mon Fergusson jusqu'au-dessus de la partie ulcérée, la partie supérieure de la compresse est appliquée au fond du spéculum, la gaze bien étalée dans celui-ci, puis on retire l'instrument lentement en maintenant le pansement en place au moyen de la pince à pansement entr'ouverte.

De cette manière la compresse de gaze se trouve bien étalée entre les deux surfaces ulcérées, les écarte, et leur sert à toutes deux d'excellent pansement; par sa largeur, elle est retenue dans le vagin et il ne m'est jamais arrivé, que la malade, même pendant qu'elle restait levée toute la journée, ait perdu son pansement.

Je continuai à faire ce mode de traitement pendant tout le mois de juin, en renouvelant la gaze tous les deux jours, après une irrigation tiède. La cicatrisation marcha avec grande rapidité, la surface se recouvrant peu à peu depuis les bords, de sorte que le 2 juillet, la plaie non encore cicatrisée n'était pas plus grosse qu'un grain de blé et je cessai tout pansement.

La malade fut réglée au commencement de juin et de juillet, mais peu abondamment et seulement pendant deux jours.

Lors du dernier examen au spéculum, le 15 juillet, la cicatrice

était blanche, dure, mais sans brides, ni rétraction notable, l'instrument de gros calibre pouvait être introduit sans douleur, sans qu'il dût être employé de force, il glissait facilement.

Qu'il me soit permis de faire suivre cette observation de quelques déductions pratiques, qui dérivent de ce cas. Les deux premières sont banales : c'est le danger des applications d'eau de Rabel, et l'inutilité, lorsque l'on entend agir sur le col, des tampons introduits par la malade elle-même. Mais je désirerais surtout faire ressortir l'importance de toujours avoir à l'esprit la possibilité de l'origine vaginale, lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie grave. Il faut y songer et examiner le vagin avant de procéder à l'introduction d'une sonde utérine, car dans ces cas la femme peut parfaitement être enceinte malgré cette grande perte de sang et on l'exposerait à un second accident des plus fâcheux.

Deux mots encore à propos du traitement local ; il devait répondre à trois indications : lutter contre l'infection du début, amener une cicatrisation aussi rapide que possible pour réparer la perte de substance et renforcer la mince paroi qui séparait le rectum du vagin, enfin empêcher, si possible, la formation de brides cicatricielles et le rétrécissement du conduit vaginal à l'endroit lésé.

La première indication fut remplie avec un plein succès par les injections de sublimé et le pansement iodoformé ; pour répondre à la seconde, j'hésitai entre deux manières de procéder, ou bien instituer un simple traitement médical, comme j'ai fini par le faire, ou bien appliquer des greffes épidermiques sur la surface bourgeonnante ; je crois que ce mode de traitement eût été absolument indiqué et très actif, mais la condition sociale de la malade, m'empêcha de faire ce que je désirais et je dus, malgré moi, me borner au traitement le plus simple. La troisième indication fut entièrement remplie par les applications fréquentes du spéculum Fergusson dont j'augmentai peu à peu le calibre. Comme j'eus l'occasion d'examiner encore ma malade 7 mois après son accident,

je suis certain qu'il n'eût aucune conséquence lointaine et fâcheuse et que le vagin ne s'en trouve ni déformé, ni même rétréci d'une façon notable.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

Par **Sænger** (1). Traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

(Suite.)

VII. — Traitement.

L'importance de la *prophylaxie* est reconnue par tout le monde, bien qu'elle soit difficilement réalisable.

Si l'on admet que la gonorrhée constitue vraiment un véritable fléau social, il importe évidemment de faire jouer à la prophylaxie le premier rôle, ce à quoi l'on semble tendre de plus en plus. Et cependant, il faut la créer de toutes pièces; car, de fait, elle n'existe pas.

La source principale de l'infection gonorrhéique, c'est la *prostitution surveillée et clandestine*. D'une manière générale, on est autorisé à penser que toute fille qui s'est livrée à son métier plus de 3 mois est, sans exception, infectée. Les *colica stercorum* ne sont pas autre chose que des douleurs s'irradiant d'annexes de l'utérus, affectées de processus gonorrhéiques. D'autre part, la stérilité si connue des filles est presque toujours amenée par la blennorrhagie. Or, il est difficile de trancher la difficulté qui consiste à permettre à ces filles de continuer leur commerce et d'éviter l'extension de la maladie parmi les mâles. En tous cas, il

---

(1) Communication faite à la *Medicinischen Gesellschaft* de Leipzig, voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, février 1890, p. 130 et mars, p. 199.

faut définitivement rompre avec cette règle qu'il suffit d'isoler et de traiter seulement les filles atteintes d'écoulement gonorrhéique aigu, d'érosions, d'abcès, filles qui d'ailleurs, le plus souvent, ne subissent qu'un traitement trop court, trop peu approprié. Ce traitement devrait bien plus rentrer dans la sphère du gynécologiste que relever d'un simple règlement de police.

Désireux d'apporter dans la question quelque chose de précis, je conseille un moyen *spécial* de prophylaxie. Savoir : des lavages avec des solutions de sublimé (1—2 0/00) auxquels les filles devront s'astreindre, et que les médecins, chargés de les visiter, devront pratiquer à chacun de leurs examens. Une longue expérience m'a convaincu qu'en dehors de l'état de grossesse, ces lavages peuvent être continués, sans entraîner aucun risque, durant des semaines et même des mois. Comme le sublimé peut être également utilisé par l'homme qui se risque à pratiquer le coït impur, je n'insisterai pas davantage sur les instillations préventives, pratiquées après le coït, avec une solution de nitrate d'argent à 2 p. 0/0, moyen que j'ai fait connaître et que Haussmann a également recommandé. Mais, s'il est nécessaire de faire suivre aux filles un traitement prolongé et en rapport avec nos connaissances, il est encore plus indispensable de soumettre le *traitement des hommes* aux mêmes exigences. Et cela, non seulement dans l'intérêt de ces derniers, mais surtout pour augmenter le nombre des femmes et des filles saines. Or, c'est là un *desideratum* bien difficile à remplir. Il y a précisément une preuve concluante des défectuosités du traitement de la blennorrhagie chez l'homme à l'heure actuelle, dans l'extension extraordinaire, dans l'accroissement même de l'infection parmi les femmes jusque-là saines et chastes. Pour tout dire, le traitement institué d'ordinaire contre la blennorrhagie de l'homme par les médecins et les spécialistes est à mon avis impuissant, et plutôt nuisible qu'utile. Injections, bougies, ne réussissent qu'à augmenter l'inflammation, à propager plus profondément le processus infec-

tieux. Ce sont du reste ces inconvénients qui ont conduit plusieurs médecins à penser qu'il était beaucoup plus sage de combattre en général la blennorrhagie par une médication interne (boisson, baumes) que par un traitement local. Mais, ce qu'il faut surtout condamner, c'est la pratique presque exclusive, qui consiste à ne traiter la blennorrhagie de l'homme qu'à la période aiguë, celle qui s'accompagne de douleurs marquées, et à renvoyer ensuite le sujet comme guéri. Ce sont d'ailleurs les formes chroniques qui donnent lieu aux plaintes les plus vives, quand elles se manifestent plus tard par des symptômes spéciaux. Nous devons toutefois reconnaître, que les moyens nécessaires au début pour le traitement de la blennorrhagie existent déjà. Ce sont les cathéters laveurs, adaptés à l'urèthre de l'homme, et qui assurent l'écoulement des sécrétions, instruments qui ont été empruntés à la pratique gynécologique. Nous devons, comme répondant aux mêmes indications, signaler le traitement proposé par Oberlænder, savoir : la dilatation de l'urèthre, la détermination au moyen de l'endoscope des points malades, et le traitement direct de ceux-ci.

On voit par là que le traitement de la blennorrhagie de l'homme, si l'on veut obtenir réellement la guérison et prévenir la contamination d'une femme pure, exige une série de conditions que ne peuvent à l'heure actuelle remplir les médecins et les spécialistes. Or, pour remédier à cet état, il y aurait lieu de délimiter un terrain chirurgical particulier et pour lequel je propose, par opposition à la « *gynécologie* », la dénomination d'« *andrologie* ». Les médecins qui s'en occuperaient, seraient tenus d'avoir sur toutes les affections de l'appareil sexuel de l'homme, y compris celles de l'appareil urinaire et du gros intestin, des connaissances cliniques chirurgicales aussi complètes, aussi étendues, que celles qu'il est, à l'heure actuelle, indispensable au gynécologue de posséder sur les maladies correspondantes des organes génitaux de la femme.

Les cas légers, qui constituent le plus grand nombre, peu-

vent toujours rester dans les mains des praticiens ; d'ailleurs, il est possible à ces derniers de se familiariser avec les méthodes perfectionnées de traitement. Ils peuvent encore, à titre d'ami, de médecin ordinaire, renseigner l'homme atteint de gonorrhée sur la nature de son affection, sur les dangers de contamination qu'elle crée pour la femme, et, de cette manière, réussir à préserver des femmes saines.

Il faut reconnaître à la gloire des hommes, que beaucoup d'entre eux, qui ont eu jadis la blennorrhagie, s'enquièrent auprès du médecin, avant de contracter un mariage, à seule fin de savoir si ce mariage n'entraînera pas des dangers pour la femme, Or, je suis sûr qu'on ne me contredira pas si j'avance qu'en semblables conditions, il arrive d'ordinaire que le médecin se contente, pour rassurer son client et lui-même, de savoir que le sujet n'éprouve aucune souffrance et que son affection est de date éloignée. Enfin, lors même qu'il constate des symptômes de blennorrhagie chronique (sensations de brûlure dans le canal, agglutination du méat, etc.), il explique à son client que le mariage n'est pas dangereux. Combien aussi sont rares les médecins qui, pour complément d'instruction, soumettent les sécrétions de l'urèthre à l'examen microscopique, ou qui, en raison d'une orchite, d'une épididymite antérieure, examinent le sperme, afin de pouvoir, en toute compétence, résoudre cette double question : a) le sujet, peut-il se marier, sans risques de contamination pour la femme ; 2) est-il en droit d'espérer avoir des enfants.

Assurément, il n'appartient pas au médecin d'empêcher de se marier un homme qui présente les différents symptômes de la gonorrhée chronique. Mais, il est de son devoir de le renseigner sur toutes les conséquences possibles d'un semblable mariage ; ainsi prévenu, le sujet est à même de prendre une détermination compatible avec son honneur et avec sa conscience. D'autre part, le médecin peut être appelé à donner un conseil utile et de nature à mettre à l'abri de la contamination une femme saine, soit qu'il ait affaire à un homme atteint de blennorrhagie aiguë ou chronique, et que

des circonstances impérieuses obligent à se marier, soit qu'il s'agisse d'un sujet qui, au cours d'un voyage, pendant les relevailles de sa femme, a contracté, hors du lit conjugal, une blennorrhagie récente. En pareille occurrence, il ne suffit pas d'éclairer le client sur les conséquences graves, surtout après l'accouchement, auxquelles une contamination exposerait la femme, ni de défendre, d'une manière absolue, les rapports sexuels, défense qui, en général, ne serait pas observée, mais il faut exiger de l'homme qu'il ne pratique jamais le coït sans que sa verge soit enveloppée d'une capote protectrice. D'ailleurs, il faut bien se garder de voir, dans ce moyen d'éviter l'infection de la femme, quelque rapport avec les pratiques des partisans actuels de Malthus, que l'on doit flétrir d'une manière absolue. S'il rentre dans le rôle du médecin de tâcher d'empêcher la contagion blennorrhagique, il outrepasserait certainement ses attributions professionnelles s'il visait au but d'éviter une conception, quelles que fussent d'ailleurs les considérations sociales ou médicales sur lesquelles il baserait sa conduite.

On sait cependant s'il est des personnes qui se privent de donner de semblables conseils, d'indiquer une série de moyens destinés à assurer la stérilité, qui se livrent à ce sujet à une propagande honteuse, tout en abritant leur industrie sous une sorte de manteau médical. C'est contre ces pratiques qu'il faudrait protester, mais on laisse faire et l'on se tait !

D'autre part, à l'heure actuelle, les gynécologues font œuvre de justice en ne traitant plus en quelque sorte, comme jadis, chez la femme la blennorrhagie de l'homme ; on fait retomber, à juste titre, sur celui-ci ce qu'il doit supporter. Je fais ici allusion à la stérilité dans le mariage. Autrefois les pauvres femmes qui ne donnaient pas des enfants à leur mari, étaient soumises à une foule de vexations, tandis qu'aujourd'hui il n'est pas un gynécologue instruit et consciencieux qui se risque à instituer chez une femme un traitement contre la stérilité, sans s'être, au préalable, assuré, par l'examen attentif et parfois répété du sperme, des qualités

procréatrices du mari (1). Lorsque cet examen reste négatif, il faut avoir assez de tact pour pallier les inconvénients qui résultent d'une situation anormale, et savoir garder, vis-à-vis de la femme principalement, une discrétion parfaite.

Un temps viendra peut-être où les gens qui ont des filles, se préoccuperont, avant leur mariage, des considérations sérieuses que nous avons exposées. Mais, la prophylaxie actuelle ne s'étend pas aussi loin.

En ce qui concerne le traitement des diverses formes de l'infection gonorrhéique, je tiens pour très précises les indications qu'il doit remplir : *tuer les gonococcus, tâcher de faire cesser les troubles qu'ils ont provoqués, enfin ramener les choses à l'état normal.*

Or, il n'est pas douteux qu'on puisse, et par des moyens simples, triompher de l'infection gonorrhéique considérée seulement en elle-même. La preuve typique nous en est fournie par les résultats du traitement de l'ophthalmie gonorrhéique des nouveau-nés. En pareil cas, en effet, une conjonctive profondément atteinte peut être, en un temps relativement court, ramenée à l'état normal, tandis qu'un traitement imparfait, négligé, irrationnel, peut conduire à la perte de l'œil. Sans doute, il n'est pas aussi facile, aussi simple d'agir sur les différentes régions de l'appareil génital que dans les culs-de-sac de la conjonctive. Toutefois, grâce aux perfectionnements de la gynécologie moderne, il est possible de poursuivre le virus gonorrhéique dans ses localisations les plus profondes et de le combattre par des moyens puissants ; mais, nous ne pouvons ici exposer par le détail le traitement de toutes les localisations de l'infection gonorrhéique, de la vulve jusqu'au péritoine, et il nous suffira de le tracer à grands traits.

Pour la gonorrhée, comme pour toutes les maladies, on peut dire que *le traitement est d'autant plus efficace qu'il est plus hâtif.* Et dans l'espèce, l'intervention rapide importe pour la guérison des organes déjà atteints et pour la préser-

(1) Il y a plus de 25 ans que le prof. Pajot a insisté sur la nécessité de cet examen, qui, d'après lui et conformément à l'opinion de Sänger, doit toujours précéder tout traitement dirigé contre la stérilité. R. L.

vation de ceux encore épargnés. A ce point de vue, les filles publiques pourraient bénéficier de l'avantage, refusé souvent aux femmes contaminées, qui résulte du diagnostic précoce de la maladie et de l'application immédiate du traitement. On est, en effet, frappé de constater combien sont rares les cas d'infection gonorrhéique aiguë, qui se présentent dans la pratique gynécologique.

Dans l'*uréthrite aiguë* les meilleurs résultats sont fournis par l'expectation combinée avec l'usage de boissons abondantes, particulièrement d'eaux minérales, et avec l'administration des substances balsamiques (baume, santal, copahu). Il est également utile de faire des lavages soigneux, pour lesquels on se sert, non d'éponges, mais d'ouate dégraissée.

Contre l'uréthrite *subaiguë* et *chronique*, les crayons d'iodoforme (beurre de cacao et iodoforme) ont une extrême efficacité. Après les avoir introduits dans le canal, et le méat urinaire étant maintenu fermé, on les écrase au moyen d'une pression douce exercée à travers la paroi vaginale avec un bourdonnet d'ouate. J'ai renoncé aux badigeonnages locaux avec des solutions de sublimé et de nitrate d'argent, badigeonnages qu'on exécute si aisément à l'aide de bâtonnets armés d'ouate. Le nitrate d'argent, surtout, me paraît devoir être abandonné à cause des rétrécissements qui se produisent souvent à la suite de son emploi. D'une manière générale, il n'est pas nécessaire de dilater l'urèthre. Cependant, quand il y a ténesme vésical accusé ou rétrécissement, la dilatation est indiquée, et on la peut faire à l'aide des dilatateurs de Simon. Quant à l'éversion de la muqueuse uréthrale chroniquement enflammée, on la combat au moyen d'une cautérisation prudente, pratiquée avec l'acide nitrique ou avec le thermocautère.

On traitera également au début *le catarrhe vésical* déterminé par la blennorrhagie par les moyens internes ; le résultat se fait-il attendre, il faut recourir aux lavages. Pour les faire, j'emploie toujours l'entonnoir en verre de Küstner, et je puis recommander les solutions suivantes : sublimé, 1 : 8000 à 1 : 6000 ; acétate de plomb 1,1000 à 1 : 500 ; nitrate

d'argent, 1 : 2000, solution qu'on pourra porter progressivement jusqu'à 1 : 500 et plus haut.

Quand les *uretères* et les *bassinets* sont pris, le chirurgien peut arriver jusqu'à ces organes à l'aide de la colpo-cystotomie (Bozeman). Enfin, la *néphrite suppurée* et la *paranéphrite* peuvent fournir l'indication à une intervention chirurgicale.

Le catarrhe simple des *glandes de Bartholin* n'est pas accessible à un traitement direct. Cela est fâcheux, car il devient par cette raison difficile de supprimer un foyer important d'infection. Heureusement, il est très fréquent que la bartholinite catarrhale, quand les soins de propreté sont minutieux et qu'on traite parallèlement toutes les autres régions atteintes par l'infection, guérisse spontanément, ou en tout cas par le courant de *vis a tergo* qui entraîne les sécrétions de la glande. La glande vient-elle à suppurer, on donne issue au pus par de larges incisions, en prenant bien entendu des précautions antiseptiques rigoureuses et en protégeant soigneusement les régions avoisinantes contre le contact irritant du pus. Quand les circonstances le permettent, j'extirpe la glande devenue le siège d'un processus suppuratif chronique, et par là, je supprime, d'un coup, un foyer d'infection menaçant. J'ai été amené à cette pratique par des cas de péritonite aiguë que j'ai observés consécutivement à des abcès de cet organe. Enfin, cette extirpation de la glande de Bartholin, et éventuellement l'extirpation bilatérale, devient tout à fait indispensable quand on a affaire à des inflammations interstitielles chroniques et à des productions kystiques.

J'ai dans le traitement des *condylomes acuminés*, renoncé aux agents chimiques et en particulier aux caustiques, et je me sers pour les détruire, des ciseaux ou du thermocautère. Quant à l'*intertrigo* des organes génitaux externes, et aux *lésions érosives*, ils disparaissent rapidement par les soins de propreté minutieuse et par la cure des écoulements existants, qui proviennent des organes internes. Il n'en est mal-

heureusement pas ainsi du *prurit vulvaire* qui se rencontre avec une fréquence relative chez les femmes atteintes de gonorrhée. Il peut en effet, en dépit des lavages et des lotions anti-gonorrhéiques, se montrer très rebelle. Et il l'est d'autant plus, qu'il est plus ancien.

Par contre, j'ai constaté, comme agissant de la manière la plus efficace, indépendamment des lotions déjà signalées, les lavages avec de la décoction d'écorce de chêne, les badigeonnages avec de la glycérine au tannin (3 : 10), et les applications de pommades faites à l'acide borique ou phénique (3 0/0). La cocaïne n'a qu'une action éphémère. Mais, il est très important de recourir souvent aux bains de sièges, et de pratiquer des savonnages sur les régions externes pour enlever les produits de sécrétion qui s'y accumulent, On peut, d'ailleurs, réaliser ce décrassage à fond, bien que l'opération soit un peu douloureuse, au moyen de l'éther. C'est un procédé que le médecin peut appliquer aux sujets qui se présentent à sa consultation.

Le *vagin*, très accessible au traitement, tolère les agents les plus actifs. Oppenheimer, à qui l'on doit un travail remarquable touchant la puissance toxique des divers agents chimiques sur les gonococcus, conclut que deux seulement d'entre eux sont réellement pratiques, le *sublimé* et la *créosote*. Il ne nie pas cependant que plusieurs autres substances, qu'on a essayées avec des résultats variables, jouissent d'une certaine efficacité.

Mais le sublimé, en dépit de sa toxicité, qui d'ailleurs n'entraîne aucun danger tout au moins en dehors de l'état de grossesse, laisse, en raison de la facilité de son emploi et de la sûreté de son action, bien loin derrière lui toutes les autres substances antigonorrhéiques. A l'heure actuelle, il n'est que le *chlorure de zinc* qu'on place encore à côté du sublimé, mais il est loin d'égaler ce dernier. Certes, on obtiendrait dans le traitement de la blennorrhagie chez l'homme des résultats beaucoup plus satisfaisants si l'urèthre était aussi tolérant que le vagin vis-à-vis du sublimé.

Dans les cas de *vulvite* et *vaginite* aiguës, il faut employer les solutions hydrargyriques faibles, 1 : 2000 à 1 : 1000; dans les cas chroniques, le titre de la solution peut être porté à 1 : 500. Quand on confie les lavages à une tierce personne la solution ne doit jamais dépasser 1 : 1000. Mais, le traitement est beaucoup plus efficace quand c'est le médecin qui l'applique lui-même. On commence d'abord par bien savonner les parties, par laver le vagin à grande eau, puis on procède au lavage avec la solution de sublimé. On peut à cet effet se servir du spéculum de Fergusson, et l'on fait passer de nouveau du sublimé, qu'on étanche à mesure avec de l'ouate, jusqu'à ce que l'eau du lavage revienne parfaitement claire. Il est à remarquer que l'action du sublimé est d'autant plus efficace qu'il pénétre plus profondément la muqueuse. Aussi, est-il bon, le jour qui précède, d'appliquer sur le vagin un tampon d'ouate imbibée de glycérine au tannin, qui a pour effet de détacher les couches les plus superficielles de l'épithélium. Le lavage au sublimé terminé, il convient de tamponner le vagin avec de la gaze iodoformée, ou mieux avec un long bourdonnet d'ouate imbibée de glycérine iodoformée.

En quelques cas particulièrement rebelles, j'ai obtenu de ce tamponnement, combiné avec des badigeonnages iodés de la muqueuse, de bons résultats.

Je me sers, pour les lavages au sublimé chez les *enfants* d'un cathéter en verre et j'emploie des solutions dont le titre s'élève à 1 : 1000.

Chez les *femmes enceintes*, j'emploie toujours le spéculum pour faire les lavages du vagin, depuis que j'ai observé quelques accidents légers d'intoxication hydrargyrique.

Le traitement de l'*endométrite gonorrhéique* est, cela se conçoit, déjà plus embarrassant, plus difficile. Il importe, avant tout, de dilater le col de l'utérus et de le maintenir dilaté, afin de pouvoir d'abord enlever la sécrétion parfois abondante et très tenace, puis pratiquer, facilement et de telle façon qu'ils soient efficaces, les lavages antigonorrhéiques.

Cette dilatation préalable du col est absolument indispensable chez les nullipares. Pour la réaliser, j'utilise exclusivement des tiges de laminaire, qui ont été d'abord immergées dans une solution phéniquée à 5 p. 0/0 bouillante, puis conservées dans l'éther iodoformé. Afin d'assurer la dilatation, je mets en place un tube de verre désinfecté par une immersion dans une solution de sublimé, ou bien je tamponne le col avec de la gaze iodoformée. On pratique ensuite les lavages pour lesquels on se sert d'une des sondes à double courant usitées aujourd'hui (je donne la préférence aux sondes de Breus et de Schultze). Ces lavages sont faits une fois par jour, pendant longtemps, 8-14 jours, parfois pendant une période de temps plus longue. Il n'est pas nécessaire que la patiente garde le lit tout ce temps. Comme liquide de lavage, je donne encore la préférence au sublimé; toutefois, j'alterne volontiers son usage avec celui du chlorure de zinc (2 p. 0/0), de l'eau créosotée, de l'acide phénique, de la créoline.

Il est un procédé de traitement intra-utérin commode, d'une application simple dans le cabinet du médecin ; il repose sur l'emploi de la canule de Bandl et du spéculum-télescope d'Heitzmann. Ce procédé permet, non seulement de laver la cavité de l'utérus, mais encore de pratiquer, en employant des solutions un peu plus fortes, une cautérisation modérée. Indépendamment des solutions de sublimé en usage, j'use volontiers ici de solution de chlorure de zinc jusqu'à 10 0/0. Le lavage de l'utérus étant fait, on peut pratiquer une cautérisation encore plus forte avec la sonde en aluminium de Playfair, garnie d'ouate à son extrémité. Je me sers à cet effet de solution de chlorure de zinc jusqu'à 50 0/0, et de solution alcoolique d'iode à 2 : 10.

Je ne puis que confirmer l'excellence des résultats fournis par l'emploi des solutions concentrées de chlorure de zinc, proclamé par Rheinstädter et Bröse. Mais, je dois ajouter qu'elles sont fréquemment suivies de coliques douloureuses, et d'hémorrhagies. De plus, je déconseille d'y recourir plus

d'une fois par semaine. J'ai complètement renoncé à l'usage du nitrate d'argent, aussi bien en substance qu'à l'état de dissolution, parce que d'une part il provoque fréquemment aussi des coliques violentes et des hémorrhagies, et que, d'autre part, ce qui est pire, il entraîne à sa suite des sténoses du col.

Je m'élève résolument contre l'abrasion de la muqueuse, même pour les cas où il existe des ménorrhagies : la curette tranchante ne peut en aucun cas permettre de racler toute la muqueuse utérine. Et, une fois régénérée, les débris de l'ancienne muqueuse suffisent à ramener les choses à l'état antérieur. D'autre part, et c'est là le point essentiel, le curage peut se compliquer de métrite, de salpingite et de péritonite. J'ai vu quelques exemples de ces accidents survenir à la suite du raclage en dépit de toutes les précautions prises, mais je n'en ai jamais observé consécutivement au traitement par les lavages.

Les *affections des trompes* étaient jusqu'ici restées inaccessibles à un traitement direct par le vagin et l'utérus. Mais, il est juste d'admettre que, de temps à autre, du pus s'écoule de l'oviducte dans l'utérus, semblablement à ce qui se passe dans l'hydropisie tubaire profluente. Récemment, Gottschalck a tâché de reproduire ce processus par la dilatation et le tamponnement prolongé de l'utérus.

Mais il reste encore à constater si la méthode est réellement capable d'opérer l'évacuation des liquides accumulés dans la trompe (sérum, sang, principalement le pus) et si elle n'est pas dangereuse. Nous ne pouvons pas, d'autre part, considérer comme un traitement direct les quelques cas d'ouverture de pyosalpingites par le vagin, non plus que l'évacuation par le vagin, purement fortuite, et réalisée dans un cas par Apostoli au moyen de la galvano-puncture. Nous sommes donc absolument réduits au traitement indirect.

Comme il ne s'agit pas, dans la majorité des cas, d'une maladie isolée des trompes, mais d'un processus qui a déjà intéressé et l'ovaire et le péritoine pelvien, le traitement doit

également s'étendre à ces organes. S'agit-il d'une phlegmasie *aiguë* avec exsudats des *trompes*, des *annexes*, et du *péritoine pelvien*, que l'un des côtés soit plus fortement intéressé, qu'ils le soient tous les deux ou que l'espace de Douglas soit plus ou moins atteint, *durant toute la période aiguë et exsudative, le repos absolu au lit est de rigueur.* C'est la condition principale de la guérison. Une fois les symptômes initiaux, les plus accusés, disparus, il est parfois fort difficile, parce que les douleurs sont relativement modérées, de maintenir les femmes au lit. Aussi ne faut-il jamais négliger, dès le début de la cure, d'annoncer que le repos au lit, pendant 4, 6, 8 semaines et, éventuellement, durant une période plus longue, sera nécessaire. Il ne faut pas non plus oublier de prévenir la malade, et les personnes de son entourage, qu'il est parfaitement possible que les exsudats s'ouvrent, à un moment donné, dans la vessie, dans le vagin, le plus souvent dans le rectum. Il m'est arrivé une fois, au début de ma pratique, de n'avoir pas fait entrevoir la possibilité de l'ouverture d'un exsudat de cette espèce dans l'intestin. Or, le pus s'étant, dans la suite, écoulé par le rectum, je fus « éconduit », parce qu'on pensa qu'il s'agissait d'un « ulcère de l'intestin » que j'avais méconnu.

Seul, le repos au lit, à condition qu'il soit gardé aussi longtemps qu'il est nécessaire, suffit à favoriser la résolution de tuméfactions notables des annexes, et d'exsudats de l'espace de Douglas, au point qu'à une exploration ultérieure, on ne retrouve que peu ou point de traces de ces exsudats. Indépendamment du repos au lit, il importe durant la période aiguë de faire appliquer une vessie de glace sur le bas-ventre, d'administrer l'opium à l'intérieur, et surtout de prescrire une diète liquide sévère. Quand la fièvre et les phénomènes péritonitiques ont rétrocédé, lorsque les exsudats se sont solidifiés, durant ce deuxième stade où les douleurs ont disparu, alors seulement il convient d'instituer un traitement résolutif, bains de siège, bains complets salés, enveloppement humide permanent, suivant la méthode de Priessnitz,

tamponnement avec la glycérine iodoformée, et, avant tout, douches vaginales chaudes.

La femme doit, pour ces douches, être dans le décubitus horizontal. Au début, comme les injections d'eau à 40° ne sont pas également supportées par tout le monde, on se contentera de porter sa température à 37°, et on l'élèvera progressivement jusqu'à 40°. On fera, chaque jour, deux injections. Il faut avoir soin de graisser les parties génitales externes avec de l'huile ou de la vaseline, ce qui diminue la sensation de brûlure produite par le liquide chaud. Mais, autant on a raison de vanter l'efficacité des douches chaudes, dans les derniers stades de l'exsudat, dans toutes les formes d'inflammations chroniques des annexes, et contre les reliquats de pelvi-péritonites itératives, autant il convient de les proscrire dans les périodes aiguë et subaiguë des affections du péritoine pelvien, car, en pareilles conditions, elles ont généralement pour effet de donner un coup de fouet aux phénomènes inflammatoires et de provoquer la suppuration des exsudats. Quant *au massage*, ses partisans eux-mêmes le déconseillent.

Je n'insisterai pas sur l'action remarquable des bains de boue et des bains salés sur les exsudats chroniques, et d'ailleurs, sur toutes les maladies inflammatoires chroniques des organes pelviens. C'est à eux que Franzenbad, Elster, Kreuznach doivent leur célébrité, et que de nombreuses stations thermales moins importantes, doivent également les succès analogues qu'on obtient dans le traitement de ces affections.

Mais, tandis que d'une part, nous voyons, sous l'influence de ces agents curatifs, s'établir un processus de *régression* qui conduit à la guérison finale, nous voyons aussi parfois se produire une aggravation *progressive*, ou telle modification, qui amène une affection nouvelle.

L'ouverture spontanée des exsudats suppurés dans la vessie, dans le vagin se complique en certains cas de cystite et de vaginite. Quand la perforation se fait dans le rectum,

elle donne souvent lieu à des fistules peu ou pas accessibles. L'exsudat s'ouvre-t-il simultanément dans le rectum et dans le vagin, il s'établit alors des fistules recto-vaginales, à bords calleux. Il arrive parfois que la phlegmasie se propage jusqu'au tissu cellulaire pelvien, y déterminant d'abord de l'infiltration, puis de la suppuration. Aussi, peut-on voir se produire des trajets fistuleux en communication avec l'extérieur à travers la paroi abdominale. Heureusement, l'ouverture de ces collections dans la cavité abdominale est fort rare, à cause des adhérences solides qui les en séparent de bonne heure. Il est plus rare de voir les collections suppurées de la trompe s'ouvrir à l'extérieur ou s'aboucher avec l'intestin, la vessie ou le vagin.

Si l'on songe maintenant qu'à toutes ces modalités pathologiques, peut encore se surajouter la tuberculose, on voit surgir une foule d'indications pour un traitement chirurgical, qu'il nous est impossible d'exposer ici en détail.

Avec l'incision vaginale de l'espace de Douglas, l'incision sous-péritonéale, la résection du sacrum, l'incision parasacrale, et la périnéotomie, on est en train à l'heure actuelle d'essayer toute une série de procédés, qui ont encore à faire leurs preuves, mais qui semblent autoriser à concevoir pour l'avenir les plus belles espérances.

Quand les annexes de l'utérus, malades, constituent un foyer constant d'infection, qu'elles sont le point de départ de douleurs fréquentes et rebelles, que d'autre part elles ont subi des altérations pathologiques tellement profondes qu'un retour à l'état normal est impossible, et qu'en outre il y a stérilité absolue, la *salpingo-oophorectomie* est indiquée. Elle représente alors cette variété de la castration, qui remplit cette règle d'intervention : qu'il faut enlever seulement les annexes réellement malades.

L'opération est surtout indiquée dans les cas de collections suppurées de la trompe avec ou sans complication de tuberculose. Et, dans la plupart des cas, autant du moins que la

chose est possible, il convient de combiner la salpingotomie avec l'oophorectomie.

Dans les cas les plus difficiles de suppurations tubaires, il n'est pas toujours possible d'enlever en totalité l'oviducte ; en semblables conditions, la guérison exige le secours du drainage. Mais, la plupart du temps, cette extirpation totale est possible, et l'on peut même, suivant le cas, enlever en même temps les cornes de l'utérus, et les ovaires devenus le siège de kystes, d'abcès, de lésions de nature scléreuse et atrophique. De cette manière, on réussit à rendre, d'un coup, entièrement la santé à une femme qui, depuis nombre d'années, souffrait de douleurs continuelles, et était réduite à une existence misérable.

Quels que soient, cependant, les mérites de la salpingo-oophorectomie dans les maladies gonorrhéiques des annexes, pour si brillants que puissent être les résultats de l'opération à l'heure actuelle, — sur 35 cas, dont dix de pyosalpinx, je n'ai moi-même perdu qu'une seule malade — il importe de procéder à une sélection minutieuse des malades. L'on ne doit opérer que les femmes qui sont profondément atteintes, qui ont été préalablement traitées sans succès, et qui restent exposées à une série de dangers que l'opération a pour effet de prévenir.

Depuis que j'ai constaté que des affections internes graves au début (exsudats volumineux, salpingite purulente, etc.), sont susceptibles de se transformer en des formes curables, j'insiste encore davantage sur l'utilité qu'il y a à trier encore plus soigneusement les cas, et à remettre toute intervention chirurgicale jusqu'au moment où l'on aura constaté l'impuissance des autres moyens de traitement. Mais, il est injuste de qualifier de « *mutilation* » une opération qui consiste à extirper des annexes, atteintes de lésions incurables, frappées pour toujours dans leur fonctionnement, et par suite inutiles. En dépit de l'abus qu'en ont fait certains opérateurs, qui comptent ces interventions par centaines, la salpingo-oophorectomie reste notre moyen d'intervention le

plus efficace dans les affections chroniques des annexes, causées par la gonorrhée et ses suites. Même dans les cas les plus graves et les plus incertains, elle est capable de ramener entièrement, en même temps que la santé, la joie de vivre et l'aptitude au travail.

Si l'on se préoccupe, à l'avenir, de la prophylaxie de la gonorrhée autant qu'il convient, si médecins et profanes savent reconnaître suffisamment l'importance de la maladie, nous aurons le droit d'espérer, avec le concours d'une thérapeutique encore plus parfaite, d'être en mesure de lutter contre cette affection si répandue, si insidieuse, et si longue, plus efficacement qu'à l'heure actuelle. Aider à cela, tel est le but principal de ce travail.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

COMPTE RENDU DE LA SECONDE RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION AMÉRICAINE DES GYNÉCOLOGISTES ET DES ACCOUCHEURS, TENUE A CINCINNATI les 17, 18 et 19 septembre 1889.

Gynécologie. — VAN DER VEER (d'Albany) lit une observation de *kyste de la paroi abdominale* développé aux dépens de l'ouraque et observé chez une jeune fille de 20 ans : une fistule ombilicale permettait l'issue d'une sorte de matière sébacée ; la cavité descendait à 3 pouces au-dessus de la vessie. L'ouverture, le grattage et le drainage assurèrent la guérison.

PRICE (de Philadelphie) a vu un cas analogue qui a nécessité deux opérations. Ce chirurgien fait ensuite une communication sur *le traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale ;* il recommande d'attirer le moignon dans l'angle inférieur de la plaie et de suturer son feuillet séreux au péritoine pariétal. Il insiste surtout sur les avantages d'un pansement sec, gaze iodoformée ou salicylée.

RUFUS HALL (de Cincinnati) présente quelques considérations sur le *diagnostic des pyo-salpingites* : les commémoratifs sont d'un grand secours : on recherchera avec soin la date à laquelle

remontent les premiers symptômes. La douleur au moment de la défécation semble indiquer que la tumeur est située dans l'espace rétro-utérin. Il a vu quelques cas de rupture de la trompe et réclame la laparotomie pour prévenir cette fatale terminaison.

Murtry (de Danville) décrit les diverses forme de l'*inflammation intra-pelvienne* et la croit toujours symptomatique d'une affection de la trompe ou d'une endométrite. Il admet tous les intermédiaires entre la simple poussée inflammatoire et la suppuration, et discute les cas justiciables d'une laparotomie.

Deuxième communication du même auteur sur les *accidents concomitants et consécutifs aux opérations abdominales.* La durée du temps est un élément important du pronostic. Dans la discussion, Potter (de Buffalo) rappelle que bien des décès sont dus à des hémorrhagies consécutives elles-mêmes à un nœud mal fait ; il passe en revue et critique les divers nœuds employés. Hall reprend la question du drainage et conclut que dans toutes les laparotomies avec adhérences solides et étendues, avec pus dans le petit bassin, il est bon de placer un drain.

Werder (de Pittsburg) discute les *divers procédés de périnéorrhaphie,* les procédés de Woos, Simpson, Emmet, et donne la préférence à celui de Tait qu'il considère comme aussi sûr et moins compliqué.

Barrow (de Lexington) montre l'*influence que la chirurgie abdominale a exercée sur la chirurgie générale* par l'application plus rigoureuse de l'antisepsie et par les minuties qu'elle nécessite. Les règles qui régissent le drainage et la toilette du péritoine s'appliquent également aux plaies.

Ardle (de Washington) rapporte l'histoire fort curieuse d'un cas d'*emphysème utérin.* Femme de 30 ans qui, six semaines après son deuxième accouchement, se plaignait d'une leucorrhée abondante avec issue de gaz par le vagin : cette issue se produisait même avec un certain bruit. L'examen fit découvrir une déchirure incomplète du périnée, une petite déchirure unilatérale du col et une endométrite manifeste du col et du corps avec un certain degré de subinvolution utérine. Le traitement fut d'abord purement médical. Bien que l'auteur n'ait jamais constaté par lui-même l'issue de gaz par le vagin, et malgré toutes les objections qui lui ont été faites, il persiste à croire qu'ils venaient de l'utérus.

Cushing (de San-Francisco) indique les diverses substances qu'il

emploie comme moyen de *suture* et de ligature. Il se sert surtout de catgut préparé par lui : le gros catgut s'emploie pour le périnée et les pédicules des kystes de l'ovaire, le moyen pour les sutures de la paroi abdominale, le fin pour la ligature des adhérences et des vaisseaux intra-abdominaux. Il ne conseille la soie que pour les sutures du périnée et les laparotomies où l'on n'a pas rencontré de foyer purulent. Le fil d'argent est réservé à la fistule vésico-vaginale et la ligature élastique au pédicule dans l'hystérectomie abdominale.

Marcy (de Boston) fait à son tour ressortir les avantages qu'offrent les *substances animales comme moyen de suture.*

Obstétrique. — Murtry (de Danville) relate un *cas de grossesse extra-utérine.* Wathen (de Louisville) combat l'opinion que l'on peut faire disparaître un kyste fœtal par un traitement électrique. Murry partage son avis en raison des dangers qu'offre la tumeur qui persiste toujours en partie.

Reed (de Cincinnati) a observé deux fois *la rupture d'un utérus gravide* : la première malade expulsa le fœtus et une partie du placenta par les voies naturelles ; la laparotomie fit découvrir un fragment de placenta enserré dans la plaie utérine : guérison. La deuxième laparotomie fut faite douze heures après l'accident et permit de constater une rupture de l'utérus et de la paroi postérieure de la vessie : la mort fut rapide. L'auteur conclut qu'il faut toujours tenter une application de forceps et si elle échoue faire la version.

Montgomery (de Philadelphie) repousse la *crâniotomie sur un enfant vivant* et préfère l'opération césarienne, supérieure elle-même à l'opération de Porro. On la pratiquera avant le début du travail.

Banma (de Buffalo) indique un moyen de corriger les *présentations de la face* quand il est temps encore, c'est-à-dire quand la tête n'est pas engagée et que le col est dilaté. La manœuvre consiste à passer sa main entre la tête et la paroi pelvienne, à imprimer à la tête une rotation d'un quart de cercle et à porter fortement le menton en haut : la main gauche vient en aide au travers de la paroi abdominale. Carstens réclame la position genu-pectorale et le choloroforme.

Clarke (de Cambridge) préconise une méthode pour *éviter les*

déchirures du périnée pendant le travail : elle consiste à surveiller et à régulariser avec la main les contractions des segments supérieur et inférieur de l'utérus.

Sur soixante cas consécutifs dont 14 chez des primipares, l'auteur n'a pas eu une seule déchirure.

Eliot (de Washington) a réuni 261 cas d'*hémorrhagie par le cordon ;* ces hémorrhagies reconnaissent pour causes une ligature mal faite, un traumatisme, ou un état constitutionnel.

Quand les moyens habituels ont échoué, la laparotomie reste la suprême ressource.

Eliot l'a pratiquée une fois sans succès.

Suivent enfin quelques communications assez courtes qui n'ont pas provoqué de discussion : *des amputations intra-utérines*, par Price ; *de la rotation de la tête à l'aide du forceps,* par Ill, et enfin de la *nécessité de reconnaître trois plans au bassin obstétrical*, par Seymour.

P. Noguès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *et du* 25 *mars* 1890.

Présentation. — Tarnier. Femme enceinte, au terme d'une seconde grossesse, et présentant sur les téguments de la poitrine, de l'abdomen, des cuisses, du dos, un peu partout, une **pigmentation** très prononcée, sous forme de grandes plaques, à bords irréguliers, d'une coloration brunâtre très marquée. Cette pigmentation a commencé à se montrer vers le 2e mois de la grossesse, et depuis cette époque, elle s'est progressivement accusée. D'ailleurs, la femme avait présenté les mêmes phénomènes durant la 1re grossesse.

Discussion. — Hardy pense qu'il s'agit seulement d'une exagération des phénomènes de pigmentation qu'on observe habituellement chez les femmes enceintes. Il y a sans doute une relation de cause à effet entre la gestation et cette pigmentation excessive, mais l'explication intime du phénomène reste inconnue.

Budin. **Rapport complémentaire sur le choix de la matière colorante qui sera ajoutée aux paquets de sublimé employés par les sages-femmes.** — D'expériences faites par M. Marty, il résulte que le carmin d'indigo représente la meilleure matière colorante, et que,

d'une manière générale, il est préférable de se servir de solutions aqueuses ou alcooliques. « La solution préférable est une solution de carmin alcoolisée à 5 p. 100, préparée avec 5 gr. de carmin d'indigo desséché, pulvérulent, et 95 gr. d'alcool à 20 degrés centésimaux. Une goutte de cette solution contient 0 gr. 0015 de carmin d'indigo.

Le mélange de sublimé et d'acide tartrique imprégné d'une goutte de la solution ne devient que très peu humide. Il se dessèche rapidement par l'agitation. La préparation en est très facile. Cette goutte de carmin d'indigo ajoutée à un litre d'eau donne une teinte bleuâtre, bien accentuée au jour et suffisante à la lumière artificielle. »

La formule proposée par la commission est donc la suivante :

Sublimé corrosif............	0, 25 centigr.
Acide tartrique.......	1 gr.
Solution alcoolisée de carmin d'indigo sec à 5 p. 100.....	1 goutte.

Il faudra mêler et réduire en poudre impalpable. La dose est pour un litre d'eau.

R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 *février* 1890.

Présentations. ARBEL : a) enfant né à 7 mois, syphilitique, présentant des lésions viscérales multiples; chez la mère, hydramnios; b) enfant né à 7 mois, mort à un jour, offrant un rein unique, médian.

MAYGRIER. **Fœtus hydrocéphale avec malformations des membres inférieurs.** — La tête, extrêmement volumineuse, était restée au détroit supérieur tandis que le tronc était expulsé. Pour terminer l'accouchement, Maygrier eut recours à la méthode imaginée par V. Huevel : incision des parties molles, section de la colonne vertébrale, et introduction à travers le canal rachidien d'une sonde en gomme, rigide, qui donna issue à 1200 gr. environ d'un liquide jaune citrin. « Les membres inférieurs du fœtus sont étendus et légèrement relevés ; lorsqu'on couche le fœtus sur le dos, les pieds

restent à dix centimètres au-dessus du plan horizontal. Les pieds présentent souvent le type du pied bot varus congénital très accentué. Les genoux sont soudés et ne peuvent être fléchis que dans une très petite étendue. Du côté des hanches, les mouvements de flexion et d'abduction sont possibles ; mais l'abduction et surtout l'extension sont très limitées. Il y a donc une sorte d'ankylose des articulations du genou et de la hanche.

Discussion : Budin demande à M. Maygrier qu'il fasse un examen attentif des articulations. Bar croit que le terme d'ankylose n'est pas justifié, car, à son avis, les articulations sont saines. Peut-être faut-il rapporter à des lésions médullaires la rétraction observée ? Bonnaire dit que la veille il a eu l'occasion d'observer un fœtus, expulsé à 7 mois, et qui présentait des malformations semblables : hydrocéphalie, varus, absence de l'index et de l'annulaire. Porak a fait mouler un fœtus qui offrait aussi des malformations tout à fait analogues.

Wallich. **Note sur la rigidité anatomique du col pendant l'accouchement,** basée sur 2 observations. (Ce travail sera analysé ultérieurement.)

P. Petit. **Diagnostic précoce de l'épithéliome utérin.** — L'auteur, tout en constatant les difficultés que présente le diagnostic précoce du cancer de l'utérus, et après avoir rappelé les opinions contradictoires émises à ce sujet, est néanmoins de l'avis, que l'examen histologique des fragments de tissu obtenus par raclage et par excision peut être d'un grand secours. Après avoir décrit, en détail, les altérations anatomiques propres à l'épithélium pavimenteux et à l'épithélium cylindrique, il relate une observation, où l'existence de ces altérations permit de poser, d'une manière formelle, le diagnostic d'épithéliome. L'observation concerne une femme âgée de 61 ans, chez laquelle les règles avaient cessé 10 années auparavant.

Or, depuis peu, elle avait eu des pertes de sang légères par le vagin. A l'examen, on constata que les dimensions de l'utérus étaient normales. Mais il existait au niveau de l'orifice interne une végétation d'un rouge vif, de la grosseur d'un petit pois. On l'excisa et elle fut soumise à l'examen histologique, ainsi que des fragments de la muqueuse du corps obtenus par curage. *Diagnostic* : épithéliome d'origine glandulaire au début, mais déjà étendu en surface au col et au corps ; 7 semaines plus tard, il ne s'était

pas encore produit de nouvelles pertes. Mais, depuis lors, la malade à qui l'on avait parlé d'une opération, n'a pas reparu.

En résumé, l'auteur conclut que la constatation des lésions élémentaires permet d'édifier le diagnostic de cancer à une époque où les notions purement cliniques sont absolument impuissantes à l'établir, et il pense qu'il y aurait grand avantage à utiliser ce qui est déjà définitivement acquis. « *Le curage et l'excision,* dit-il, *sont deux procédés de diagnostic actuellement considérés comme classiques, mais je crains qu'on n'y ait pas recours aussi souvent qu'il le faudrait.* »

Discussion : TERRILLON s'étonne que l'hémorrhagie ne se soit pas reproduite, circonstance que P. PETIT incline à rapporter au curage qu'il fit aussi complet que possible. PAJOT fait remarquer que, seule, l'observation prolongée de la malade permettrait de formuler des conclusions précises.

TERRILLON. **Ouverture des abcès profonds du bassin chez la femme.** — L'auteur a surtout en vue les cas dans lesquels l'abcès est profond, appliqué contre le rectum et séparé de la paroi abdominale par un espace de 5 à 6 centimètres rempli d'anses intestinales plus ou moins adhérentes, où il est, par suite, impossible de suturer les parties profondes à la paroi abdominale. Voici comment il conduisit l'opération, dans le 1er cas de ce genre auquel il eut affaire : « Après avoir complètement vidé la poche purulente, puis l'avoir largement ouverte, j'écartai les intestins le plus possible pour me faire de la place et du jour. Je pus alors nettoyer la surface de l'abcès, gratter les parois, les cautériser avec de l'acide phénique au 1/20, et ce n'est qu'après avoir terminé ce nettoyage que je remplis la poche de gaze iodoformée disposée en mèche traversant le péritoine et venant sortir au dehors. L'ouverture abdominale fut rétrécie par quelques points de suture. Ce drainage resta en place quelques jours sans être changé. Une fistule établie à la suite du drainage rendit la guérison un peu longue; mais il n'y eut aucun accident, *guérison parfaite.* Dans 3 autres cas, résultats semblables.

Le procédé est lent à cause du drainage et de la fistule.

Discussion : GUÉRIN déclare que, d'après ce qu'il a observé, les femmes atteintes d'abcès péri-utérins succombent rarement, aussi n'est-il pas d'avis que la laparotomie soit le meilleur et le plus inoffensif moyen de les guérir. Par contre, il est partisan de

l'incision abdominale quand il s'agit d'abcès juxta-pubien. Il saisit l'occasion qui lui est offerte, pour affirmer, à nouveau, sa conviction que le phlegmon du ligament large n'existe pas. DUMONT-PALLIER fait la remarque qu'il est souvent difficile, même à la nécropsie, de découvrir le foyer primitif de l'affection, quand celle-ci a duré un certain temps, observation que Guérin reconnaît être juste pour un grand nombre de cas, mais pas pour tous. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, pense que, bien qu'étant plus rare qu'on ne l'a cru jadis, le phlegmon du ligament large se rencontre quelquefois; et, en particulier, dans les Maternités. En ce qui concerne le procédé indiqué par Terrillon pour la cure des abcès profonds du bassin, il est d'avis qu'il y a grand avantage à ne pas drainer, ce qui permet d'éviter les fistules. PAJOT désirerait voir, d'une manière générale, une tendance moins forte à pratiquer la laparotomie. Beaucoup de femmes atteintes d'abcès pelviens guérissent, la suppuration se tarit. Certes, il est des cas où la laparotomie est nécessaire, mais en général, il faut être plus circonspect quant à l'intervention. TERRILLON répond à GUÉRIN que, s'il opère, c'est qu'il a vu plusieurs femmes succomber soit à des péritonites, soit à des accidents produits par des fistules; à CHAMPIONNIÈRE, qu'en ce qui concerne le choix de la voie abdominale, il a dans 16 cas eu recours à la laparotomie et toujours avec succès. Quant au drainage, il en a constamment obtenu de bons résultats (1).

R. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

(Janvier, février, mars 1890).

M. CHAPUT communique **deux cas de rétention placentaire** suivis d'accidents hémorrhagiques. Dans le premier (avortement de deux mois), la rétention placentaire avait duré 2 mois; le curage permit d'enlever des cotylédons placentaires; guérison. Dans le deuxième, au 5e mois d'une grossesse, métrorrhagies, expulsion de quelques caillots; la malade entre à l'hôpital 5 semaines après

(1) La question du phlegmon du ligament large a servi à montrer que des membres de la Société se font une idée très différente de la structure de ce ligament. Aussi, la Société a-t-elle nommé une commision chargée d'éclaircir ce point du débat (Guérin, Guéniot, Lucas-Championnière).

pour des douleurs abdominales; on extrait un fœtus et un placenta. Mort avec des symptômes adynamiques.

Dans les deux cas le placenta avait continué à vivre et présentait des modifications de structure telles que : oblitération des vaisseaux, transformation conjonctive du stroma des villosités, atrophie de certaines cellules, hypertrophie des autres. Ce tissu à vitalité amoindrie pouvant être le point de départ d'accidents septiques ou d'hémorrhagies, Chaput conclut avec Doléris à la nécessité de l'ablation des annexes fœtales, dès que le diagnostic de rétention est confirmé.

M. BOUFFE présente un **arrachement du col utérin** par la tête du fœtus dans un accouchement de primipare.

M. WALLICH faisant l'examen histologique de **deux cas de rigidité de l'orifice du col** pendant l'accouchement n'y touve aucune altération essentielle ou primitive.

M. PILLIET, dans **deux cas de septicémie utérine avec ictère** a fait l'examen histologique du foie. Il a pu constater l'existence d'infarctus septiques, constitués par des amas de streptocoques. Il pense que dans les septicémies utérines ou autres à marche lente, sans ictère, ce qu'on rencontre le plus souvent, c'est la dégénérescence graisseuse de toutes les cellules hépatiques sans infarctus tandis qu'on rencontrerait surtout les infarctus septiques dans la septicémie rapide avec ictère terminal.

M. CHAVANE montre une **malformation faciale (section par une bride amniotique)**. L'enfant venu à 8 mois était mort après une seule respiration.

Le tronc et la partie inférieure de la face sont régulièrement conformés; mais la voûte crânienne manque. Les membranes adhérentes aux méninges se pédiculisent en quelque sorte vers le milieu de la masse encéphalique et après un trajet de quelques centimètres vont gagner le placenta qui est ainsi maintenu fixé tout près de la tête. Le cordon qui va rejoindre l'ombilic est très court et passe en écharpe au-devant du fœtus.

Le frontal paraît manquer en grande partie, les yeux font une saillie marquée rappelant l'exophtalmie.

De chaque côté du nez il existe un sillon profond asymétrique. Les téguments sont taillés à pic, les bords sont nets et la peau paraît se continuer au moins à quelque distance pour en former les deux lèvres.

A gauche, il s'étend de l'angle externe de l'orbite et gagne la lèvre supérieure tout près de la commissure qu'il n'atteint pas. Toutes les parties molles sont sectionnées (joues et lèvres supérieures). Il atteint le rebord alvéolaire qu'il divise profondément.



A droite, il ne suit pas tout à fait le même trajet. Toutes les parties molles de la joue sont sectionnées entre les deux maxillaires et la commissure labiale est divisée, puis sa direction devient presque verticale et il aboutit au milieu de la paupière inférieure.

Une bride amniotique adhérente aux méninges parcourt tout ce sillon au fond duquel elle est fixée. D'abord assez large et adhérente à la conjonctive et aux paupières, à gauche, elle se rétrécit,

mais reste très résistante ainsi qu'on peut s'en assurer en faisant sur elle des tractions assez fortes. Elle passe de l'arcade alvéolaire gauche sur la droite en suivant une direction oblique, mais reste en arrière de la portion dure du palais. Le voile du palais paraît divisé au moins en un point : la dissection pourra seule éclaircir ce fait.

Cette bride a donc l'aspect d'une fronde passant par la bouche ouverte, fronde dont les deux extrémités iraient s'attacher aux méninges.

Elle circonscrit, en passant au fond du sillon que nous avons décrit : le nez, la lèvre supérieure et une grande partie de l'arcade alvéolaire, ainsi que toute la voûte du palais. Les parties osseuses sous-jacentes paraissent divisées, car il est possible de les mobiliser d'une seule pièce, en leur imprimant, avec le doigt, des mouvements d'avant en arrière.

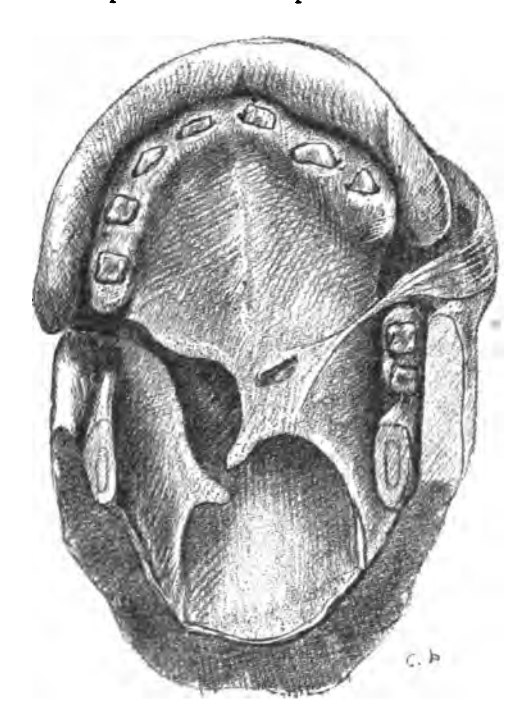
La dissection de la pièce, faite avec M. Broca, a donné les résultats suivants :

Après avoir séparé avec soin les os et les parties molles, en respectant la bride amniotique précédemment mentionnée, on constate, comme l'examen extérieur le faisait prévoir, que la fissure n'est pas symétrique.

A gauche, où la fente des parties molles, comme nous l'avons déjà dit, n'est pas commissurale, mais située sur la lèvre supérieure, un peu en dedans de la commissure, le maxillaire supérieur est fortement déprimé entre la canine et la première molaire. Entre ces deux dents existe donc une fissure alvéolaire. La voûte palatine est intacte. Au-dessus du bord alvéolaire, la fissure osseuse gagne vers l'orbite en passant en dehors et en arrière du trou sous-orbitaire. Ainsi, le maxillaire supérieur gauche est incomplètement divisé en deux masses : l'une antéro-interne, comprend les deux incisives et la canine, sur elle se voit le trou sous-orbitaire intact, l'autre postéro-externe porte les deux molaires. Ces deux masses, divisées au niveau du bord alvéolaire, sont unies au niveau de la voûte palatine, non divisée.

A droite, la fente des parties molles est nettement commissurale et, se transformant bientôt en un sillon au fond duquel s'insère la bride, elle arrive contre l'angle externe des paupières. On constate à la dissection que de ce côté aussi le palais osseux est intact. Les deux maxillaires, supérieur et inférieur, ne sont ni divisés ni

déformés. Mais il y a défaut de jonction entre le malaire et le maxillaire supérieur. Plus haut, le malaire est bien au contact du frontal, mais il est anormalement mobile sur lui et à ce niveau le squelette est assez profondément déprimé.



Si le palais osseux est partout intact, il n'en est pas de même du *voile du palais*. Celui-ci est divisé obliquement en arrière et à droite en deux parties dont l'une, la plus considérable, est adhérente à la voûte palatine, dont l'autre, de faible étendue, est annexée à la face interne de la branche montante droite du maxillaire supérieur. La figure ci-jointe due à M. Lyot, interne des hôpitaux, rend bien compte de cette disposition bizarre.

Ce n'est pas tout et on constate que, à peu près sur la ligne médiane, entre la voûte osseuse et le voile, existe un petit orifice, sur le trajet de l'insertion de la bride amniotique.

Ainsi, la bride a pris à peu près en travers de l'orifice buccal. A droite, elle s'est engagée dans la fente commissurale, puis s'est

déviée de cette fente embryonnaire typique et est remontée vers l'angle externe de l'orbite, en causant uné division anormale entre l'os malaire et le maxillaire. A gauche, elle a sectionné la lèvre en dedans de la commissure et a causé une fissure alvéolaire entre la canine et la première molaire. Entre ces deux points, visibles à l'extérieur, la bride a pénétré dans la bouche et a percé en travers le voile palatin, produisant de la sorte un sillon et, sur la ligne médiane, un orifice; en même temps a eu lieu, par un mécanisme obscur, une division de cause mécanique que n'explique pas l'embryologie.

Au reste, dans toutes ces malformations, le commencement de la fissure commissurale gauche est la seule qui réponde au trajet d'une fente embryonnaire normale (fente entre les deux bourgeons maxillaires supérieur et inférieur).

M. Potherat montre **deux ovaires kystiques** trouvés à l'École pratique sur un cadavre. Les deux ovaires avaient acquis à peu près le volume d'une mandarine, tout en ayant conservé sensiblement la forme en amande d'un ovaire normal. Les kystes à contenu clair, par places légèrement hématique, existaient jusque dans la partie centrale de l'organe. A droite il y avait quelques adhérences péritonéales anciennes; les franges de la trompe s'étaient réunies pour former avec l'ovaire une cavité contenant un liquide louche.

M. Faure Miller présente des pièces de **tuberculose génitale** trouvées à l'autopsie d'une phtisique. La muqueuse utérine, les trompes, les ovaires et le péritoine pelvien étaient pris. A aucun moment de la vie, il n'y avait eu de phénomènes aigus ; seul, un écoulement purulent vaginal avait attiré l'attention de la malade.

M. Brodier apporte des pièces de **grossesse tubaire** ayant donné lieu à une hémato-salpingite.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séances du 12 *juillet et du* 25 *octobre* 1889.

Présentations. — Gottschalk. **Œuf abortif.** — Cet œuf a été expulsé par une femme, chez laquelle la menstruation était extrêmement régulière, se produisant tous les 25 jours, et durant 4 jours. En mai 1889, en juin, règles à la date prévue, et en quantité et qualité

tout à fait normales. En juillet seulement, retard de 3 jours, suivi d'une métrorrhagie abondante. L'œuf est trouvé au milieu des caillots. De son examen et en particulier de celui de l'embryon, il ressort qu'il est âgé de 18 — 20 jours. D'après Gottschalk, ce fait plaide contre la théorie de la fécondation de Sigismond-Reichert-Lowenhardt, que l'œuf fécondé provient des premières règles absentes.

KELLER. — **Du diagnostic de la grossesse tubaire** (1).

VEIT. — **Œuf abortif**, expulsé après un retard de 7 jours. Il fut d'abord expulsé la moitié d'une caduque ; puis l'autre moitié, légèrement putréfiée, sortit. Sur celle-ci, il existait une saillie du volume environ d'une lentille, qui, à la coupe, permit de constater la présence d'un œuf. On distingue les deux caduques : la caduque réfléchie, dépourvue de glandes, est riche en vaisseaux ; la caduque vraie possède un grand nombre de glandes et de vaisseaux. Au niveau de la sérotine l'épithélium fait défaut, et l'épithélium chorial, conformément à la publication de Waldeyer, paraît n'être que bi-sérié. Les villosités choriales apparaissent très nettement.

KELLER. — Préparation, provenant d'une nécropsie, et sur laquelle on voit une **perforation du col de l'utérus guérie avec enclavement de l'épiploon**. Le fait est relatif à une femme, âgée de 42 ans, XII pare. 3 jours avant l'accouchement, qui eut lieu à terme, il se faisait déjà par le vagin un écoulement fétide, et l'on releva les particularités suivantes : tympanite utérine, température 39°, pouls 112, enfant mort et macéré. En raison d'une rigidité très marquée du col, il fallut, après incision de sa paroi antérieure, pratiquer la dilatation manuelle. Puis, on pratiqua la perforation, et l'on fit avec le cranioclaste des tentatives d'extraction, qui échouèrent. On eut alors recours à la version, qu'on fit suivre de tentatives d'extraction, au cours desquelles on éprouva, du côté du col, de fortes résistances. L'accouchement terminé, on constata une déchirure perforante du col, située sur sa paroi antérieure, et communiquant par sa partie inférieure avec la vessie, par sa partie supérieure avec la cavité abdominale, et à droite avec une collection suppurée. Une masse molle qui faisait saillie à travers la déchirure fut reconnue être l'épiploon. On s'empressa de le réduire.

Les premiers jours des suites de couches furent assez bons : pas

(1) Vid. *Ann. gyn. et d'obst.*, 1889, février, p. 147.

de douleurs abdominales; mais, peu à peu la situation empira, et les lochies devinrent fétides. Il se produisit ensuite des hémorrhagies vaginales très abondantes, qui empêchèrent de faire une antiseptie tout à fait rigoureuse. Plus tard, il survint du gonflement de la jambe gauche, et on constata des signes de suppuration au niveau de la région fessière gauche; abcès qui communiquait avec l'abcès pelvien interne, situé du côté opposé. 3 mois environ après son accouchement, la femme épuisée surtout par les hémorrhagies, succomba à une deuxième attaque de collapsus.

De l'examen de la pièce pathologique, l'auteur conclut que l'état anormal du col était dû à un cancroïde, déjà fortement ulcéré. Au cours de l'extraction, le tissu, à cause de son défaut d'extensibilité, se déchira dans le prolongement de l'incision faite, ce qui amena la déchirure perforante du col.

CZEMPIN. — Pièce provenant d'une **grossesse tubaire** (1).

OLSHAUSEN. — a) **Myôme** du poids de 10 livres.

b) **Ovaire, siège d'un corps jaune kystique et d'un kyste séreux.** On avait cru à une grossesse extra-utérine, parce que la femme après un 1er accouchement en mai 1889, n'avait revu ses règles qu'en août. Comme on avait constaté une certaine augmentation du volume de la matrice, on l'avait rapportée à l'influence même sur l'utérus de la grossesse ectopique.

KRAMER. **Des fibromes du placenta.** — Il décrit, sous ce titre, 2 tumeurs, qui étaient situées entre les villosités choriales, et les considère comme développées aux dépens de la partie membraneuse du chorion. (Ce travail sera publié *in extenso* dans le *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*)

VEIT. **De la détermination des indications dans le traitement de la rétroflexion de l'utérus.** — L'auteur, qui s'appuie sur son expérience personnelle et sur les faits publiés par les autres, est d'avis que la ventro-fixation n'est passible que d'une application très restreinte. (Sera également publié *in extenso* dans le *Cent. f. Gyn.*)

R. L.

---

(1) Ibidem, p. 155.

REVUE ANALYTIQUE

MÉTRITES. — ULCÉRATIONS. — LEUCORRHÉE. — DYSMÉNORRHÉE

La leucorrhée, son traitement médical et chirurgical. (Leucorrhæa. Its medical and surgical treatment), par RALPH WALDO, in *The international J. of surg.*, N.-Y., 1889, t. II, p. 129.

L'auteur étudie successivement les différentes formes de leucorrhée, vaginale, utérine ou salpingienne, et leur traitement. Dans les cas rebelles de leucorrhée utérine, il conseille le drainage de l'utérus à l'aide d'une lanière de gaze iodoformée, dilatant au besoin le col pour l'introduire ; le curettage lui semble excellent dans les cas de fongosités.

H. H.

Le tampon, sa valeur comme moyen de diagnostic dans l'endométrite chronique, par SCHULTZE, in *Semaine médicale*, 1889, p. 161.

Le tampon diagnostic de Schultze consiste en un tampon de coton dégraissé imbibé très fortement d'une solution de tannin et de glycérine à 20-25 0/0 qui est appliqué solidement dans les culs-de-sac vaginaux préalablement nettoyés avec soin, de façon à recouvrir le col tout entier. La glycérine, dont le tampon est imbibé, absorbe l'eau dans les parties qu'il touche ; les éléments fournis ne sont pas entraînés au delà des parties qui sont ainsi recouvertes par le tampon. Quand, après 24 ou 48 heures le tampon est enlevé, on trouve, sur la partie qui recouvrait un col sain, un globule du mucus cristallin de la cavité cervicale. Si le col est atteint d'une irritation catarrhale au-dessus de l'orifice externe, on trouve sur le tampon, outre le globule cristallin, du pus qui s'est écoulé de l'orifice externe.

La constatation de ce pus suffit à établir l'existence d'une lésion inflammatoire. Peu importante dans les affections du col, faciles à reconnaître avec le spéculum (mucosité dense et tenace, érosions, ectropion, etc.), elle est d'un haut intérêt pour le diagnostic de ces endométrites latentes, qui ne se révèlent par aucun signe à la palpation ou à l'examen avec le spéculum, et qui trahissent leur existence par la dysménorrhée, la stérilité, les douleurs de reins, d'estomac, la dyspepsie nerveuse, la migraine, des accès

d'asthme, la toux nerveuse, etc... Un diagnostic précoce permet en effet un traitement approprié et assure la guérison avant que l'affection ne soit devenue plus grave et n'ait été compliquée d'affections consécutives (paramétrite, déviations, etc.).

H. H.

Petites déchirures du col. (Minor lacerations of the cervix), par CHARLES H. BUSHONG. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, t. I, p. 59.

De petites déchirures du col, sans importance en apparence, peuvent être cause d'avortement, de stérilité, de troubles menstruels, d'accidents nerveux, etc. Dans ces cas, un examen minutieux permet de constater l'existence d'une masse cicatricielle sous-jacente à la déchirure et d'une légère augmentation de volume de l'utérus. L'application de la liqueur Monsel suivie d'un tamponnement glycériné, suffit souvent pour restituer au col son élasticité; en cas d'échec, il ne faut pas hésiter à extirper la masse indurée et à faire la suture de la déchirure.

Pathogénie des métrites, par POZZI, *Mercredi médical*, Paris, 9 avril 1890, p. 157.

Excellente revue critique sur le rôle des diverses causes et conditions favorisant le développement des métrites.

La cause est toujours une infection. Le fait est hors de doute pour l'endométrite blennorrhagique, pour l'endométrite post-puerpérale (streptocoques), etc.

Le plus souvent il s'agit d'une hétéro-infection, quelquefois d'une auto-infection, facile à comprendre depuis qu'on sait que le vagin et le col contiennent en abondance des germes, dont un certain nombre sont pathogènes (Winter).

Ces infections sont favorisées par un certain nombre de conditions: Séjour de parcelles d'œuf dans le col après un avortement, béance de la vulve, écoulement menstruel, copulation, parturition, déchirures bilatérales du col avec ectropion très marqué, contusion chronique par un pessaire mal appliqué, toucher, cathétérisme, abaissement, etc.

La constatation d'un état diathésique a son intérêt au point de vue thérapeutique, la question d'état général et de terrain jouant un grand rôle, sinon dans la production, au moins dans la permanence des métrites.

H. H.

De la métrite disséquante. (Ueber Metritis dissecans), J. HOECHSTENBACH. *Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd XXXVII, Hft 2, p. 175.

Le cas suivant que l'auteur décrit en détail a été le point de départ de ce travail : chez une femme âgée de 24 ans, saine, forte, très émotive, primipare, le travail se déclare au terme normal de la grossesse, après rupture prématurée de la poche des eaux. La période de dilatation se fait très lentement. On applique le forceps la dilatation étant encore incomplète. Mais, après quelques tractions, l'instrument est retiré. 16 heures plus tard, le forceps est de nouveau appliqué, et une seule traction suffit à extraire l'enfant. Enfant mort, durée de l'accouchement, 4 jours. Déchirure du périnée, réunie par quelques points de suture.

En raison d'une hémorrhagie *post partum* abondante, extraction manuelle du placenta et injections intra-utérines antiseptiques. 3/4 d'heure plus tard, défaillance, frissons, vomissements répétés, symptômes d'une infection puerpérale. Le jour suivant, météorisme abdominal très accusé, sensibilité du ventre et des organes génitaux. Développement dans l'utérus de gaz putrides, physométrie, endométrite putride. Les jours suivants, atténuation de ces accidents et expulsion de portions sphacélées de la muqueuse vaginale. Production d'une fistule vésico-vaginale.

L'infection, partie de l'utérus, donne lieu à des métastases dans les poumons. Le 26e jour après l'accouchement, la femme ayant une fièvre modérée et présentant un écoulement fétide, purulent, considérable, elle expulse par le vagin un gros fragment de tissu, composé de portions du vagin et de l'utérus. Dans la suite, indépendamment des accidents de septicémie et de pyohémie qui emportent la malade, on constate au niveau des organes génitaux, la production d'atrésies qui aboutissent à l'oblitération de l'utérus et du vagin.

A la suite de cette observation personnelle, l'auteur résume les cas publiés antérieurement et discute les opinions diverses émises par les auteurs (Syromjatnikoff, Garrigues, Nöggerath, Grammatikati, Lebedeff, Kehrer).

En ce qui le concerne, il croit qu'il s'agit, dans tous les cas, d'une infection, point de départ d'une métrite parenchymateuse qui aboutit à la nécrose du tissu atteint et à l'expulsion du fragment nécrosé. Mais, il est possible que des maladies générales coexistantes (fièvre typhoïde, syphilis), favorisent l'évolution du processus infectieux.

A l'heure actuelle, les résultats fournis par l'examen microscopique ne permettent pas de décider s'il s'agit d'une nécrose primitive d'une portion de l'utérus conséquence d'une thrombose sanguine ou par coccus des vaisseaux correspondants et d'une inflammation éliminatrice, ou bien si elle est le résultat de la suppression de l'apport des éléments nutritifs par une exsudation de nature inflammatoire. Mais, dans tous les cas, les phénomènes inflammatoires sont très nets, et cela justifie la dénomination de « métrite disséquante », adoptée par Syromjatnikoff qui, le premier a décrit cette affection.

Le *pronostic* est toujours sérieux. Sur les 12 cas, les seuls rapportés, il y eut 3 morts : a) par *pyohémie ;* b) par *rupture de l'utérus*, à la suite d'une injection intra-utérine ; c) *par septicémie aiguë, généralisée.*

Quant au *traitement*, il est impuissant contre le processus disséquant. Il doit être surtout symptomatique. Mais, il faut se garder de faire des injections intra-utérines, pour ne pas produire de rupture. C'est au plus, si l'on a le droit de pratiquer un nettoyage très doux de la cavité de la matrice au moyen d'ouate imbibée de solutions antiteptiques fortes.

R. L.

Discussion sur l'endométrite du corps de l'utérus, sa fréquence, son diagnostic, son traitement. (A discussion on corporeal Endometritis : its frequency, diagnosis and treatment), par G. E. HERMANN. *Brit. med. Journ.* Lond., 1890, T. I, p. 221.

Le Dr Hermann, qui a soulevé la discussion, insiste d'abord sur la difficulté qu'il y a à déterminer si l'écoulement purulent, fait capital de l'inflammation, est causé par l'altération de la muqueuse du col, du corps ou des trompes.

Il admet et décrit avec quelques détails, plusieurs variétés d'endométrite du corps :

Les endométrites *fongueuses*, qui se subdivisent elles-mêmes en *hyperplasiques* et *polypoïdes* que leurs noms mêmes servent à définir ;

Les endométrites *blennorrhagiques*, qui ne sont pas anatomiquement démontrées, mais qui, bien évidemment, succèdent à la blennorrhagie du col, et précèdent celle de la trompe ;

Les endométrites des *fièvres graves*, qui ne sont en général re-

connues qu'après la mort, mais peuvent être suivies d'aménorrhée, de métrorrhagies, de troubles utérins divers, et de stérilité.

A ces diverses formes on opposera un traitement approprié.

Pour les endométrites légères ou de cause générale, on se contentera du repos, des laxatifs, des irrigations chaudes.

Mais dans les endométrites chroniques, rebelles et interminables, il faudra agir énergiquement. On emploiera la dilatation, suivie du curettage, et de l'application de caustiques. L'auteur recommande expressément l'emploi de ces deux derniers moyens associés, qu'il considère comme beaucoup plus sûr que l'emploi exclusif du curettage ou de la cautérisation intra-utérine.

Suit une discussion à laquelle prennent part un grand nombre de gynécologues. C'est le triomphe de la dilatation suivie du curettage et des applications de substances antiseptiques, légèrement caustiques telles que le phénol iodé. Tel est au moins l'avis de *Byers*, *Pridgin Teale*, *Robert Bell*, *More Madden*, *Braithwait*, *Handfield Jones*, *Cameron*, *Horrochs*, qui est le premier et le seul à parler, dans cette discussion, de la nature septique de l'endométrite chronique.

Les autres orateurs ne font pas d'objections à cette méthode de traitement et se bornent simplement à faire ressortir quelques points particuliers.

C'est ainsi que *Graily Hewith* et *Duke* insistent sur la nécessité de maintenir ouvert le col utérin et d'établir un véritable drainage de la cavité de la matrice.

Walker pense qu'il faut aussi remédier aux déplacements utérins, cause fréquente d'endométrite, et combattre chez les malades, l'excessive nervosité qui exagère si souvent les douleurs et les troubles utérins.

J.-L. Faure.

Note sur deux cas d'endométrite hémorrhagique, par le Dr G. Bogdan. *Bull. de la Soc. de méd. de Jassy*, novembre 1889, p. 301.

Les deux malades présentaient des hémorrhagies graves et abondantes, qui furent d'abord traitées par le tamponnement vaginal, les injections d'ergotine. Les métrorrhagies ne s'arrêtaient qu'après l'application d'un vésicatoire sur la région hépatique. C'est la méthode employée par Verneuil contre les épistaxis rebelles.

Courty de Montpellier, avait déjà cité le vésicatoire parmi les révulsifs capables d'arrêter les hémorrhagies utérines.

MAUCLAIRE.

Du traitement des endométrites, par F. de GRANDMAISON, *Gaz. des hôp.*, Paris, 22 octobre 1889, p. 1101.

Du 13 juin au 1er octobre, 70 malades ont été traitées par le crayon de Dumontpallier (1 de chlorure de zinc, 2 de farine de seigle) et déjà (22 octobre) 3 malades souffrent d'une atrésie utérine qui rend le cathétérisme difficile. Quoi qu'en dise l'auteur, nous ne pensons pas que l'atrésie se produise ni *aussi rapidement*, ni *aussi fréquemment* après le curage de l'utérus. H. H.

Traitement de l'endométrite aiguë par le drainage, incision de la paroi cervicale antérieure, dans certains cas chroniques. (The treatment of acute endometritis by drainage and a suggestion as to incision of the anterior cervical wall in certain cases chiefly chronic), par W. POLK, de New-York. *Am. Journ. of obst.*, janvier 1890, p. 1.

L'endométrium gonflé, obstrue l'orifice interne, ce qui cause l'aggravation de l'état inflammatoire. Ce fait semble indiquer le drainage. Arrêter l'inflammation à son début, c'est éviter la salpingite, l'ovarite, la péri-ovarite, la pelvi-cellulite et les abcès.

Polk commence par bien nettoyer le vagin, le col et le canal cervical (s'il le faut, il fait une petite incision au museau de tanche) avec de l'eau de savon, puis il fait une irrigation avec une solution 1/2000 de sublimé.

L'irrigation de la cavité utérine, avec la même solution, peut exiger la dilatation du col (1). Polk la fait avec deux sondes, placées l'une à côté de l'autre : l'une servant à l'aller, l'autre au retour du liquide, puis il introduit un spéculum cervical, qui lui sert pour introduire de la gaze iodoformée ou un crayon à l'iodoforme (2), qu'il remplace au bout de 24 heures, et il lave de nouveau à l'eau simple.

L'auteur ne dit pas combien de fois il répète ces pansements.

(1) Il est rare qu'un utérus non vierge n'admette pas la sonde de Lavaux. J'ai fait quelques irrigations utérines avec cette sonde, dans des cas d'endométrite, et j'ai eu quelques succès. (A. Cordes.)

(2) Le crayon me semble de tout point préférable s'il est assez souple pour suivre les flexuosités du col, et pénètre toujours. (A. Cordes.)

Importance du drainage dans le traitement des maladies utérines. (The importance of drainage in the treatment of diseases of the uterus), par W. GILL WYLIE, de New-York, *Amer. J. of obst.*, 1890, janvier, p. 25.

Wylie cite les auteurs qui se sont occupés de cette question : Simpson, Greenhalgh, Sims, Peaslee, Ellinger, Ball (de Brooklyn), Marion Sims, etc.

Il recommande la dilatation faite au moyen d'un instrument en acier, une fois par semaine, et le curage, dans les cas où il est indiqué.

Souvent, dit-il, on traite inutilement par les pessaires des cas que la dilatation, le curage et l'irrigation pourraient guérir.

Il est opposé à l'emploi des dilatateurs lents, éponges, laminaires, etc., qui s'opposent à l'issue des produits pendant plusieurs heures, et causent des douleurs qui peuvent chasser les liquides dans les trompes et amener une péritonite.

Il n'approuve pas davantage les tampons vaginaux et utérins, et recommande les irrigations avec de l'eau chaude contre les hémorrhagies.

Enfin, il recommande, suivant les cas, l'application deux fois la semaine, de la glycérine boriquée et alunée, la dilatation rapide, l'acide phénique, qu'il préfère aux caustiques violents : acide nitrique et chromique, et cautère galvanique.

A. CORDES.

Thérapeutique intra-utérine. (Intra-uterine therapeutic), par le Dr MARY PUTNAM JACOBI (*Am. Journ. of Obst.*, 1889, mai, p. 449, et juin, p. 598.

« L'évolution physiologique de l'appareil utéro-ovarien comprend trois cycles : le cycle menstruel, le cycle parturient, et le cycle reproducteur, qui commence à la puberté et finit à la ménopause ». Les affections utérines sont causées par un arrêt de ce fonctionnement normal, en un point de son cours.

Un pansement intra-utérin est suivi : 1° d'une contraction musculaire causant, a) une colique; b) la pâleur de la portion vaginale; c) la diminution du calibre des vaisseaux prouvée par cette pâleur.

2° Un saignement de la muqueuse qui ne se produit pas, si l'on a appliqué un caustique puissant.

3° Des douleurs et une sensation de pesanteur, de chaleur, constantes ou intermittentes.

4° Parfois les contractions ne paraissent pas immédiatement; et la malade sent des douleurs pelviennes diffuses, durant quelques minutes ou quelques heures.

5° Au bout de 36 ou de 48 heures, la malade rend des fragments de muqueuse, accompagnés d'un peu de sang.

La leucorrhée diminue le plus souvent, les douleurs sont moins fortes, les règles suivantes sont moins pénibles. C'est ce qui arrive dans les cas les plus favorables. Le résultat est dû uniquement à la destruction de la muqueuse malade, tout au moins de ses couches superficielles. C'est pourquoi le curage, qui enlève la muqueuse, a sans doute le même effet. A la contraction des vaisseaux succède *une augmentation de la circulation artérielle*, but essentiel de toute la thérapeutique utérine. Il se produit ce que Trousseau a nommé l'*irritation substitutive*, qui doit s'arrêter au premier stade, sous peine de laisser la patiente plus malade qu'auparavant.

« Le but ultime de la médication utérine est donc de modifier « le processus menstruel, de telle sorte qu'elle guérisse la mé« trite, en produisant l'involution du tissu subinvolué.

« Il en est de même que lorsqu'on voit l'involution utérine post« puerpérale guérir une subinvolution, suite d'un accouchement « antérieur, ou lorsqu'on excise le col, pour amener l'involution « dans la métrite chronique. »

Sur les 50 cas qui font l'objet du mémoire de Mlle Putnam Jacobi, 39 malades furent guéries sans accident, 2 furent guéries malgré des accidents; 1 fut fort améliorée, puis quelques accidents la mirent dans un état pire à celui dans lequel elle était avant le traitement.

Conclusions résumées : 1° La cautérisation intra-utérine détermine une dilatation des vaisseaux sanguins éloignés du point de son application. Cette zone est l'analogue de la zone d'hyperhémie circum-inflammatoire qui environne tout foyer inflammatoire.

2° C'est dans ce fait que se trouve l'effet utile comme le danger de la méthode.

3° C'est ce qui rend la médication intra-utérine dangereuse à l'approche des règles, ou dans les cas d'inflammation voisine.

4° Le voisinage des règles est la plus dangereuse de ces circonstances.

5° Les veines circum-utérines ont cela de caractéristique qu'elles présentent après un repos relatif, une période de développement

actif, pendant laquelle le sang y est *aspiré,* pour subvenir à la nutrition de l'œuf qui sera fécondé.

6° L'époque du danger commence *dans* 70 *cas après* la fin des règles.

7° Une première application ayant eu un effet favorable, une seconde, faite pendant le même cycle menstruel, peut causer un danger. Un cas de mort cité par l'auteur.

8° Il est néanmoins utile de faire suivre une application de topique *dans l'utérus* par une application hebdomadaire ou bi-hebdomadaire dans le col.

9° Il ne faut pas, en général, continuer le traitement au delà de 3 mois consécutifs, pour les mêmes raisons qui nous défendent de faire des applications trop rapprochées.

10° Si une application intra-utérine est suivie d'une douleur vive et produit une tuméfaction dans le voisinage, l'iode ou le courant galvanique constant sont souvent fort utiles.

11° Il faut le plus souvent faire ce traitement chez la malade, plutôt que dans le cabinet du médecin.

12° Dans la plupart des cas Mlle Jacobi a fait précéder l'application médicamenteuse, de la dilatation, faite soit avec les dilatateurs d'acier, dont l'introduction cause parfois une douleur prolongée, soit au moyen de la laminaire.

13° Les astringents sont irritants, et ne présentent pas d'avantage qui compense cet inconvénient.

Avec raison, on a abandonné le *nitrate d'argent.*

Le *perchlorure de fer* a les préférences des Allemands (Hildebrand, Fritsch). Mlle Jacobi l'a vu produire de la métrite ou échouer, elle l'a abandonné.

L'*acide phénique* dissout dans la glycérine est très doux. Il a le grand avantage d'être anesthésique.

L'*acide nitrique pur* (Laube Attlise) semble trop violent, l'auteur l'additionne de son volume d'eau, il produit une eschare suffisamment épaisse (1).

Son application est douloureuse.

L'*iode*, le *phénol iodé* (Battey) sont les meilleurs agents, dans l'opinion de Mlle Jacobi.

En terminant cette intéressante monographie Mlle P. Jacobi dit

(1) Pas dans mon expérience, pourvu que le caustique ne touche pas le vagin ou la vulve (A. Cordes).

quelques mots sur la cautérisation électrique dans les cas d'endo métrite. Elle l'a employée avec profit dans 4 cas.

A. CORDES.

Traitement médical de la dysménorrhée. (Medical treatment of Dysmenorrhea), par E. W. MITCHELL (de Cincinnati). *Am. Journ. of Obst.*, mars 1890, p. 250.

L'auteur ne prétend pas faire une monographie complète sur ce sujet : il se borne à rapporter les résultats de son expérience.

La cause la plus fréquente de ce symptôme, pour lui, comme pour Wylie (*Amer. Syst. of Gyn.* I, p. 421), est une hyperesthésie de l'endométrium « avec sténose ou induration, ou avec contraction spasmodique ».

Les palliatifs : bromures, chloral, cannabis indica, jusquiame, belladone, rendent des services. Dans la pléthore accompagnée d'une perte peu abondante, les bromures sont fort utiles. L'antipyrine n'a pas d'effets curatifs.

Une dose de 30 centigr. d'oxalate de cerium, répétée d'heure en heure a réussi, entre les mains de Chambers, chez les femmes robustes à perte faible.

Comme curatif, Mitchell recommande l'hygiène, l'exercice, le séjour dans un milieu moral et intellectuel sain, un bon régime alimentaire, les ablutions de tout le corps, des vêtements hygiéniques (l'auteur, sans le dire, vise sans doute les corsets trop étroits), et l'absence d'excès quelconques, comme le coucher tard et le surmenage intellectuel. L'auteur cite ensuite l'arsenic fort et l'électricité en applications générales et locales, puis l'apiol et le manganèse auxquels il attribue un effet sur l'appareil utérin.

Puis il rapporte le cas d'une fille, épileptique et dysménorrhéique qui, sous l'influence d'une dose de 10 centigr. de bioxyde de manganèse, répétée 3 fois par jour, vit des aménorrhées disparaître et avec elles les crises menstruelles d'épilepsie. Cinq autres cas furent traités à peu près de même ; un septième fut traité par le fer, le phosphore et l'apiol ; le 8e par l'apiol, tous avec succès.

A. CORDES.

1° Application du principe de la périnéorrhaphie à lambeaux à l'opération de l'ectropion du col, suite de déchirure. (Die Uebertragung des Principes der Lappenperineorrhaphie auf die operation des Lacerationsektropiums), L. KLEINWACHTER. *Zeit. f. Geb. u. G.*, 1889, Bd XVII, Hft 2, p. 279.

2° De la guérison des déchirures du col par le procédé à lambeaux. (Ueber die Heilung des Cervixrisses durch Lappenspaltung). DUHRSSEN. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 4, p. 57.

La simplicité d'exécution de la périnéorrhaphie à lambeaux connue sous le nom de procédé de Tait, les heureux résultats qu'elle a fournis, ont suggéré l'idée d'en utiliser le principe pour la restauration du col déchiré. Sänger (1), le premier, avait indiqué l'utilité de cette généralisation et, par deux figures schématiques, montré de quelle façon il entendait la nouvelle méthode. Kleinwachter, Fritsch et Dührssen, l'ont appliquée et toujours avec de très bons résultats. Dührssen en donne la description suivante :

« L'incision commence sur la lèvre antérieure, au point où doit correspondre la commissure latérale de l'orifice externe artificiellement formé. Puis, elle chemine entre les limites de la muqueuse du col et de la muqueuse de la portion vaginale, aboutit à l'angle de la déchirure et revient sur la lèvre postérieure où elle suit un trajet symétrique. Cette incision doit avoir 1/2 centim. de profondeur. Une fois faite, on étale par l'écartement de ses bords, sur chaque lèvre du col, une surface cruentée. On les coapte ensuite très exactement, comme dans l'opération d'Emmet, soit à l'aide d'une suture semblable à celle qui est employée dans cette dernière opération, soit à l'aide d'une des variétés de suture imaginées par Fritsch ou par Dührssen. R. L.

L'usage de la curette dans l'endométrite puerpérale. (The use of the curette in puerperal endometritis), par ABBEY F. ROONEY, in *The North American practitioner*, août 1889, p. 375.

Chaque fois qu'il y a menace de septicémie après un accouchement, on ne doit pas s'attarder aux douches utérines, mais bien explorer l'utérus et enlever à la curette les débris du placenta. L'opération est simple, ne demande pas d'anesthésie : la position de Sims est avantageuse ; l'abaissement de l'utérus et l'usage de la curette courbe sont d'un grand secours. L'auteur n'a pas eu précisément à traiter des endométrites, mais il a guéri par la curette des hémorrhagies secondaires (trop tardives pour mériter le nom d'hémorrhagies post partum) et qui étaient dues à la rétention d'un fragment de placenta. Il rappelle que dans un hôpital de Vienne, il a été fait 200 curettages pour endométrite puerpérale sans un décès. P. NOGUÈS.

---

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 47, p. 765.

L'abus du traitement utérin à la suite de faux diagnostics. (The abuse of uterine treatment through mistaken Diagnosis), par William Goodell, in *Med. News*. Philadelphie, 1889, p. 621.

« N'allons-nous pas chercher la guérison des névroses issues du chagrin, de l'amour, de l'abandon et de la jalousie, dans l'extirpation des ovaires, dans des opérations sur le col et sur le périnée ; n'essayons-nous pas de guérir les blessures de l'âme et l'angoisse du cœur par des pessaires à antéflexion, des applications utérines et des douches vaginales à 40°. » Ainsi s'exprime l'auteur qui déplore en un style imagé les innombrables erreurs qui consistent à prendre pour troubles utérins et traiter comme tels, diverses perturbations nerveuses d'origine multiple, physiques, sensorielles ou psychiques. Ces troubles fréquents, chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes peuvent revêtir des formes très variées : faiblesse générale, fatigue invincible, douleurs lombaires, ovariennes, utérines, irritabilité vésicale, troubles menstruels, troubles digestifs, troubles psychiques, maux de tête et maux de cœur, tout y est et tout se rencontre.

Mais souvent les troubles utérins dominent tellement la scène qu'on est presque fatalement conduit à commettre les erreurs les plus regrettables. Il faut donc pour les éviter se tenir sur ses gardes, interroger avec soin le système nerveux et se souvenir que « la femme a des organes ailleurs que dans le bassin ».

J.-L. Faure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Dolan. Gynæcological specialism and general practice. *Brit. Gynæc. J.*, London, 1889-90, 281. — **Fritsch**. Die Krankheiten der Frauen, Aerzten und Studiren geschildert. *Berlin*, 1889. — **Goodell (William)**. Tertiary syphilis affecting the pelvic viscera. *Annals of Gynæc.*, Boston, 1890, II, 199. — **Maury (R. B.)**. Report of Gynecological Work, with special Reference to methods. *Med. News*, Philadelphie, 1890, I, 5. — **Mensinga**. *Eine gynäkologische Frage : Wie sichert man am Besten das Leben der Ehrefrauen*. Berlin, 1890. — **Petit**. Nécessité d'un diagnostic précis en gynécologie. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, janvier, 1. — **Tait (L.)**. *Diseases of women and abdominal surgery*, vol. I, 1889.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Bernhard v. Beck.** Die osteoplastische Resection des Kreuzsteissbeines zur Freilegung der inneren weiblichen Sexualorgane behufs Totalextirpation des Uterus bei Carcinom und anderer operativer Eingriffe. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 1, p. 37. — **Berczeller.** Vaginal obturator à double courant zu heissen Ausspülungen der Scheide. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 12, p. 193. — **Brivois.** Electrothérapie gynécologique et obstétricale. *Arch. de toc.*, 1890, nº 1, p. 21. — **Walter B. Chase.** Remarks on the use of the uterine curette. *New-York med. and Surg. Journal*, 8 mars 1890, LI, 256. — **Delbastaille.** Spéculum à glissières. *Ann. Soc. méd.-chir. de Liège*, 1889, XXVIII, 389. — **Dutre (A.).** Vaginal Insufflator (Illustrated). *Lancet*, Lond., 1890, I, 28. — **Fritsch.** Sterilisationstof für das Operationzimmer, nebst einigen Bemerkungen zur Desinfektion in der Klinik. *Cent. f. gyn.*, 1890, nº 10, p. 154. — **Goelet (H.).** The treatment of certain pelvic Tumours by Galvano puncture, Drainage by the Vagina and intra-uterine Galvanisation. *Med. News*, Philad., 25 janv. 1890, LVI, 84. — **Hochenegg.** Die sacrale operations methods in der Gynäkologie. *Arb. u. Jahresb. d. K.K. erst. chir. Univ. Klin zu Wien.* (1888), 1889, 117-123. — **Hovent** L'électricité en gynécologie. *Journ. d'accouch. de Liège*, 1890, nº 5, p. 55. — **Jentzer.** Une nouvelle curette. *Arch. de toc.*, 1890, nº 3, p. 129. — **Loebel.** Das balneotherapeutische Verfahren während der Menstruation. *Frauenarzt*, Berl., 1889, IV, 414, 491, 529, 597, 678, 732. — **Martin (N.).** Value of the Genupectoral position in Gynecological treatment. *Med. News*, Philad., 22 févr. 1890, LVI, 204. — **Franklin Martin (H.).** Remarks on Electricity in Gynecology and a new portable Galvanic Battery. *Med. News*, Philad., 25 janv. 1890, LVI, 95. — **Philbert (E.).** *Etudes de clinique thermale. De l'influence de l'amaigrissement sur la stérilité.* Brides-les-Bains, 1889. — **Price (Joseph).** Analysis of fifteen months, Abdominal Work in the Gynecean hospital Philadelphia. *Annals of Gynæk.*, Boston, 1890, p. 213. — **Rockwell (A. D.).** General observations on the use of Electricity in Gynecology. *Med. News*, Philad., 25 janv. 1890, LVI, 82. — **Sabail.** De l'action des eaux sulfureuses en général et de St-Sauveur en particulier dans les affections utérines et péri-utérines. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, janvier, 10. — **De Saint-Moulin.** Nouvelle sonde à irrigations intra-utérines. *Cliniq.* Brux., 1889, III, 732. — **Lapthorn Smith (A.).** Bi-polar Faradisation in Gynecology. *Med. News*, Philad., 25 janv. 1890, LVI, 93. — **Thiem.** Erfahrungen über die vaginale Ligatur nach Schücking und vorschläge zu einer Modifikation derselben. *Frauenarzt*, Berl., 1889, IV, 157. — **Vulliet.** Vingt cas d'affections gynécologiques traités par le massage. Observations recueillies et rédigées par le Dr M. Bozadjean. Genève, 1889.

VULVE ET VAGIN. — **Billoir.** Contribution à l'étude clinique de la syphilis vaginale. *Th. Paris*, 1889-90, nº 78. — **Chevrier (H.).** Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales, *Th. Paris*, 1889-90. — **Herzfeld.** Ueber einen Fall von primären Scheidensarcom ; Recidive fünf Monate nach der operation ; Tod ; Sectio Cæsarea in mortua. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1889, XXXIV, 557. — **Mettenheimer.** Bandformiger Verschluss der Scheide. *Jahrb. f. Kinderh.* Leipz., 1889-90, XXX, 359. — **More Madden (Thomas).** On atresia of the vagina ; its pathology and treatment. *Lancet*, Lond., 1890, I, 236. — **Moussaud (Fern.).** Des varices de la vulve et des

hémorrhagies consécutives à leur rupture. *Th. Paris*, 1889-90, n° 47. — **Neumann**. Ueber die Klinischen und histologischen Veränderungen der erkrankten Vaginalschleimhaut. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* Wien., 1889, XXI, 615 et *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1889, XXXIV, 286. — **Pollacsek**. — A Bartholinitis œtiologiájahoz. *Gyógyászat*, Budapest, 1889, XXIX, 520, 535. — **Vrame** (**R**.). Transsesse septimish the Vagina treated by operation. *Lancet*, Lond., 1889, II, p. 1273. — **Marion Sims**. Vaginitis-Laceration of the Cervix. *International Journal of Surgery*, New-York, déc. 1889, II, 282. — **Smital**. Ueber einen Fall von Hydrocele feminina. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1889, II, 800; 823; 845. — **Surer** (**Fr**.). De l'hématocèle intra-péritonéale spontanée chez la femme. *Th. Paris*, 1889-90.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE, ETC. — **Boldt**. Retroflektirter Uterus gravidus, ovarialkystom vortäuschend. Laparotomie. Tod. *Cent. f. gyn.*, 1890, n° 4, p. 62. — **Chaput**. Des prolapsus génitaux, variétés, pathogénie, traitement. *Semaine médicale*, Paris, 1890, n° 2, p. 12. — **Debayle**. De l'hystéropexie vaginale (opération de Nicolétis), nouveau mode de traitement des déviations utérines. *Th. Paris*, 1889-90, n° 68. — **Doléris**. Pathogénie des déviations utérines. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, janvier 1890, 32; 49. — **Fraenkel**. Ueber manuelle Behandlung des Scheiden-Gebärmuttervorfalls. *Jahresb. d. Sehles. Gesellsch. f. vaterl. Kult*, 1888, Bresl., 1889, LXVI, 255. — **Frommel**. Ueber operative Behandlung des retroflektirten Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 6, p. 94. — **Gauja**. *Etude critique sur le traitement chirurgical contemporain du prolapsus utérin.* Bordeaux, 1889. — **Heydenreich** (**Albert**). De l'hystéropexie. *Sem. méd.*, Paris, 1890, p. 82. — **Horlacher**. Vollständiger primärer Uterus vorfall bei einem 14 Jahre 3 Monate alten, nicht menstruirten Mächden. *Münch. med. Wochschr.*, 1889, XXXVI, 1883. — **Mouls** (**Clément**). Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1889-90. — **Profanter**. *Le traitement manuel du prolapsus utérin.* Bruxelles, 1889. — **Richelot**. Sur le traitement des déviations utérines. *Union méd.*, 1889, XLVIII, 701. — **Roux**. Sur l'opération d'Alexander-Adams. *Gaz. de Gyn.*, Paris, 1889, IV, 225. — **Schücking**. Bemerkungen über die Methode der Vaginalen Fixation bei Retroflexio und Prolapsus uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 8, p. 123. — **Strong**. The surgical treatment of bachward displacements of the uterus. *Med. Communic. Mass. M. Soc.* Bost., 1889, 473. — **Tampke**. Zwei Fälle von Retroflexio uteri, geheilt durch vaginale Fixation nach Schücking. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 8 p. 126. — **Vavon**. Du traitement du prolapsus utérin. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, janv. 1890, n° 17.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Betton Massey** (**G**.). The treatment of chronic metritis with galvano-chemical Cauterization. *Med. News*. Philad., 25 janv. 1890, LVI, 98. — **Doléris**. Pathogénie et traitement des affections du col de l'utérus. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, fév., 69. — **Dührssen**. Ueber die Heilung des Cervixrisses durch Lappenbildung, 1890. *Cent. f. Gyn.*, n° 4, p. 57. — **Grandmaison** (**F. de**). Des métrites. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1890, p. 265. — **Hermonnis**. 137 cases of laceration of neck of uterus operated by Emmet's method. *J. akush. i Jensk. boliez.*, St-Petersb., 1889, III, 527, 648, 719, 812. — **Koechstenbach**. Ueber metritis dissecans. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd 37, Hft. 2, p. 175. — **Jassoud**. *Du traite-*

ment de l'endométrite hémorrhagique chronique par la thermo-cautérisation intra-utérine. Lyon, 1889. — **Lauth (Arm.)**. Du traitement de l'endométrite par le bâton de chlorure de zinc. *Th. Paris*, 1889-90, n° 54. — **Ostermair (Heinrich)**. Ueber die colpohyperplasia cystica. *Th. Erlangen*, 1889. — **Terrillon.** Ulcérations du col de l'utérus. *Bull. méd.*, Paris, 1889, III, 1355.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE, ETC. — **Bantock.** Cases of fibroïd tumours of the uterus and their treatment. *Med. Press and Circ.*, Lond., 1889, XLVIII, 573. — **Baraduc.** Traitement des tumeurs fibreuses interstitielles par le drainage lympho-galvanique positif, méthode localisée de profondeur. *J. de méd. de Par.*, 1889, XVI, 545, 585, 581, 590. — **Buckmaster (A. H.)**. Notes on the treatment of fibromyomata by Electricity. *Medical News*, Philadelphia, 25 janv. 1890, LVI, p. 91. — **Duret.** Deux hystérectomies abdominales, traitement extra-péritonéal du pédicule ; guérison. *J. des Sc. méd.*, Lille, déc. 1889, p. 596. — **Edis.** On epithelioma of the clitoris. *Brit. Gyn. J.*, Lond., 1889-90, V, 322-324. — **McGinnis.** The galvanic treatment of uterine fibromata. *Medical News.*, Philad., 25 janv. 1890, LVI, 88. — **Juillard (Emile)**. De l'extraction par les voies naturelles des fibro-myômes utérins intra-pariétaux avec l'aide du tamponnement dilatateur selon la méthode du professeur Vulliet. *Th. Genève*, 1889, **Nebel (A.)**. Zur Vaginalen Enucleation des Uterus myome, in *Munch. Med. Wochenschr.*, 21 janv. 1890. — **McMordie.** Three cases of intrauterine polipy by slitting the cervix. *Med. Press. and Circ.*, Lond , 1889, XLVIII, 547. — **Matlakowski.** Sarcoma uteri ; hysterectomia supravaginalis, excochleatio tumoris; sanatio. *Gaz. lek.*, Warsawa, 1889, 2, s., IX, 961. — **Pérignon.** Epithélioma du col utérin. Hystérectomie vaginale. *J. des sc. méd.*, Lille, janv. 1890, p. 32. — **Pichevin (R.)**. Valeur de quelques méthodes employées dans le traitement des fibro-myômes utérins. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1890, p. 69. — **Reeves Jackson.** On the choice of methods in the treatment of uterine cancer. — *Medical News*, Philadelphia, 18 janv. 1890, LVI, p. 63. — **Roesger.** Ueber Bau und Enstehung des Myoma uteri. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XVIII, Hft. 1, p. 131. — **Ruterford (H. T.)**. Electricity in Uterine fibro-myoma. *Prov. Med. Jour.*, Leicester, 1899, p. 2. — **Rydigier.** Nowy spósob chirurgicznego leczemoi miesniaków macicy (Myomata utéri). (Nouvelle méthode de traitement chirurgical des...). *Gaz. lek.*, Warszawa, 1889, IX, 953. — **Saurenhaus.** Das verhalten des Endometrium bei Carcinom der Portiovaginalis oder des Cervic. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd XVIII, Hft. 1 p. 3. — **Sinclair et Hetheringhton.** A case of fibroïd tumours of the Cervix uteri. *Med. chron.*, Manchester, 1889-90, XI, 283. — **Skene (Alexander)**. Remarks upon the use of Electricity in the treatment of fibroids tumors of the uterus. *Med. News*, Philadelphia, 25 janv. 1890, LVI, p. 99.

AFFECTIONS PÉRI-UTÉRINES ; HÉMATOCÈLE ; MALADIES DES TROMPES, ETC. — **Betton Massey.** The treatment of chronic catarrhal salpingitis by Electricity. *Annals of Gynaecology*, Boston, 1890, p. 201. — **Chandelux.** Deux cas de salpingites tuberculeuses. *Provinc. méd.*, Lyon, 1889, III, 517-519. — **Emmet (Th. A.)**. A protest against the removal of the uterine appendages. *Med. Rec.*, N.-Y., 1889, II, 711. — **Goelet (Augustin H.)**. The conservative treatment of inflammatory diseases of the uterine appendages and sequelac by

Electricity. *Annals of Gynaecology*, Boston, 1890, p. 189. — **Hall.** Pelvic abcess. *Homœop. J. Obst.*, N.-Y., 1889, XII, 70. — **Hofmokl.** Hæmatokele ante-uterina; punction mil Dieulafoy's apparat über der symphyse; heilung. *Berl. d. k. k. Krankenaust. Rudolph-Stiftung in Wien.* (1888), 1889, 408. — **Jessett.** Case of ante-uterine abcess presenting in the vagina, caused by a silk ligature wich had been applied to the pedicle of an ovarian dermoïd cyst six mounths previously; the ligature cause away when the abcess was opened per vaginam. *Brit. Gynæc. J.*, Lond., 1889-90, V, 332. — **Parrish.** Pelvic abcess in the female. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1890, XIV, 85. — **Taylor (W. L.).** Pelvic hematocele. *Annals of Gynaecology*, Boston, 1889-1890, p. 211. — **Thompson (H.).** Ueber Veränderungen der Tuben und ovarien in der Schwaugerschaft und in puerperium. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 1, p. 30. — **Whittier.** Chronic cellulitis with complications. *Hæmæp. J. Obst.*, N.-Y., 1890, XII, 62.

OVAIRES. — **Aleksenko.** Ovariotomia per rectum. *J. akush. i. Jenskboliez.*, St-Petersb., 1889, III, 740. — **Augier.** Cancer de l'ovaire et péritonite cancéreuse chez un enfant de 8 ans. *J. des Sc. méd.*, Lille, déc. 1889, p. 595. — **Braun.** Ein Fall von Fibroin des linken Lig. latum, welches durch Laparatomie entfernt wurde. *Sitzungsb. d. geburtsh. Gynæk. Gesellsch. in Wien.*, 1888, II, 91. — **Dohrn.** 100 ovariotomien aus der Königsber Frauenklinik. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 9, 137. — **Doran (Alban).** Apoplexy of the ovary; cystic dilatation without rupture. *Lancet*, Lond., 1890, I, 601. — **Douglas.** Complications occurring in the clinical history of ovarian cysts. *N.-York M. J.*, 1889, I, 685. — **Edis.** On twisted pedicle. *Brit. Gyn. J.*, Lond., 1889-90, V, 277. — **Frank.** Malign. Tumoren der ovarien. *Arb. u. Jahresb. d. k. k. erit. chir. Univ. Klin. zu Wien* (1888), 1889, 264. — **Girard.** Extirpation d'une tumeur cancéreuse de l'ovaire. *Dauphin. méd.*, Grenoble, 1889, XIII, 225-229. — **Guermonprez.** Abus de l'opération de Battey. *J. d. Sc. méd.*, Lille, 1890, 115. — **Hager.** Ausschälung eines subserösen ovarialcystoms von ungewönlicher Grösse. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 1, p. 4. — **Johnson.** Report of a case of tetanus following ovariotomy with remarks. *Ann. Gynæc.*, Bost., 1889-90, II, 513. — **Kramer.** Zur Casuistik der Teratome des ovariums. *Zeit. f. Geb.*, Bd XVIII, Hft 1, p. 124. — **Keith (S.).** Cases of ovariotomy. *Edinb. M. J.*, 1890, mars, 809. — **Kelly.** August Martin and ovariotomy. *Glasgow M. J.*, 1890, XXXIII, 24. — **Lloyd (Jordan).** Double sessile embedded ovarian cysts. *Lancet*, Lond., 1890, I, 548. — **Mac Mordy.** Enlarged and cystic ovaries removed for pains and hæmorrhage. *Med. Press et Circ.*, Lond., 1889, XLVIII, 603. — **Mac Murtry.** Operative methods as illustrated by the history of ovariotomy in America. *Med. News*, Philad., 15 mars 1890, LVI, 272. — **Matlakowski.** Cystoma ovarii sin., accretiones largae cum flexura sygmoidea; laparotomia; consutio cystidis ad vulnus abdominis sanatio. *Gaz. lek.*, Warszawa, 1889, IX, 941. — **Ostrogradski.** Tumeurs solides de l'ovaire. *J. akush, i. Jensk. boliez.*, St-Pétersb., 1889, III, 697-706. — **Palm (C.).** Ileus in Folge von stieltorsion eines ovarialtumors in *Beitr. z. Klin. chir. v. Bruns*, Tübingen, 1889, Bd V, p. 729. — **Parkes (Charles).** Ovariotomy and other cases. *Med. News*, Philad., 11 janv. 1890, LVI, 29. — **Pomorski.** Endothelioma ovarii. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 1, p. 92. — **Purrucker.** *Bericht über* 50 *ovariotomien, ausgefuhrt von B. S. Schultze in Iena in den Jahren*, 1884, 1885, 1886,

1887, Iena, 1889. — **Sabrazei**. Sarcome de l'ovaire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, janv. 1890, p. 261. — **Scheele**. *Ueber zwei ovariotomien bei bosartigen Neubildungen des ovarium*, Strassburg, 1889. — **Spannocchi**. La ooforectomia nelle gravi nevrosi isteriche. *Raccogliotore med.*, Forli, 1889, VIII, II, 14, 81, 148, 177, 225, 263, 294. — **Taylor (John W.)**. Cyst of broad ligament. *Lancet*, Lond., 1890, I, 549. — **Wagner**. Lésions de l'ovaire dans la tuberculose. *Wrach.*, St-Petersbourg, 1889, X, 950, 970, 986. — **Winslow**. Right ovary enlarged; imbedded in a mass of peritonitic adhesions; tube occluded; laparotomy; recovery. *Maryland. M. J.*, Balt., 1889-90, XXII, 147-150.

ORGANES URINAIRES. — **Deschamps**. Opération de fistule vésico-vaginale. *Gaz. méd.*, Liège, 1889-90, II, 51. — **Fritsch**. Kanüle zur lokalen Behandlung der Weiblichen Harnröhre. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 10, p 157. — **Göbel (Albin)**. Gonorroische Urethritis beim mit periurethralem abcess, *Th. Erlangen*, 1889. — **Logothetis (H.)**. Ein Beitrag zur Kenntnis der Urinfisteln der Weibes in *Beitr. z. Klin. Chir. v. Bruns*, Tübingen, 1889, Bd V, p. 227. — **Max Münzer**. Ueber Verfall der Schleimhaut der Weiblichen Harnröhre. *Th. Erlangen*, 1888. — **Rouffard**. Note sur un cas de calcul vésical compliqué de fistule vésico-utérine et de rupture du périnée. *Cliniq.*, Brux., 1889, III, 691. — **Van der Weerd**. *Ueber einen Fall von Fistula uretero-uterina*. Haarlem, 1889. — **Zinsmeister**. Ein Fall von Blasenschreidenmastdarmstein *Wien. Klin. Wchschr.*, 1889, II, 924. — **Worall**. Cystitis in the female. *Australas. M. Gaz.*, Sydney, 1889-90, IX, 64.

CHIRURGIE ABDOMINALE (voir Tumeurs utérines, Affections périutérines, Ovaires). — **James B. Ayer**. Intussusception complicated by tuberculosis and pregnancy. Fatal, one hundred days following the expulsion of two feet of small intestine, and forty-seven days after confinement. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 9 janv. 1890, CXXII, 27. — **Calderini**. Di alcune laparotomie. *Annali di ostetr. e ginec*, Milano, 1890, p. 75. — **Fraenkel (Eug.)**. Zur aetiologie der Peritonitis, *Münch. Med. Woch.*, 14 janv. 1890. — **Goodell (William)**. Removal of an anomalous abdominal tumor. *Med. News*, Philad., 22 fév. 1890, LVI, 189. — **Keith (Th.)** et **Keith (S.)** *Contributions to the Surgical treatment of tumours of the abdomen*, etc., Edinb., 1889. — **Neil Mc Phatter**. Early exploratory incision in abdominal surgery. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, I, 236. — **Neubaur (Ernst)**. Zur casuistik über « Pseudomixoma peritonei ». Werth. *Th. Erlangen*, 1888. — **Price (Joseph)**. Drainage in abdominal and pelvic surgery. *Med. News*, Philad., 15 mars 1890, LVI, 271. — **Rein**. Asepsis bei Laparotomien. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 9, p. 137.

VARIÉTÉS (microbiologie, troubles nerveux, troubles menstruels, stérilité, malformations, etc.). — **Annis**. Case of hemato-colpos. *Med. and Surg. Report*. Philad., 1889, LXI, 661. — **Boisleux (Ch.)**. Bactériologie génitale. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 3, p. 131. — **Brodnax**. Two cases of double uteri. *Virgin. m. Month.*, 1889-90, XVJ, 711. — **Deneux**. *Traitement de la métrorrhagie par les injections intra-utérines de teinture d'iode*. Bordeaux, 1889. — **Glœvecke**. — *Körperliche und geistige Veränderungen in Weiblichen körper nach Künstlichem Verluste der ovarien einerseits und der uterus underseits*. Leipz., 1889. — **Goodell (William)**. Anal fissure with cervical laceration; neurasthenia. *Annals of Gynæc.*, Boston, 1890, III, 196. — **Gottschalk**. Ueber den Enfluss

der Inflenza auf Erkrankung der weiblichen Genitalien. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 3, p. 41. — **Icard** (**S.**). Contribution à l'étude de l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle, considéré plus spécialement dans ses rapports avec la morale et la médecine légale. *Th. Paris*, 1889-90, nº 32. — **Klein** (**G.**). Cyste des rechten Wolff'schen Ganges. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVIII. Hft. 1, p. 82. — **Loebel**. Ein Fall von Purpura bei eintretendem Klimaterum. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 8, p. 121. — **Betton-Massey**. Menorralgia and menorrspasm. *Medical Standard*, Chicago, fév. 1890, VII, 47. — **Schaeffer**. Bildungs-Anomalien weiblicher Geschlechtorgane aus dem fötalen Lebendalter mit besonderer Berücksiehtigung der Entwickelung des Hymen. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd 37, Hft. 2, p. 199. -- **Stark**. Some less common causes of menorrhagia, with illustrative cases. *Glasgow M.-J.*, 1890, XXXIII, 15. — **Townsend**. A report of eighty cases of rapid dilatation of the uterine canal for the cure of dysmenorrhea and sterility. *Am. J. obs.* N-Y., 1889, XXII, 1171-1176. — **Valenta** (**A.**). Ueber einen eigenthümlichen Tiefstand des Gebärmetter als Sterilitäts ursache. *Int. Klin. Rundschau*, 5 janv. 1890. — **Wyly**. Dysmenorrhœa. *Ann. Gynæc.*, Boston, 1889-90, III, 97.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Blume** (**J.**). Face, présentations. *Medical Standard*, Chicago, fev. 1890, VII, 44. — **Fanton**. De l'accouchement sans souffrance. *Arch. de toc.*, 1890, nº 2, p. 104.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Cosentino**. Contributo allo studio del bacino obliquo ovalare con anchilosi e del bacino piatto non rachitico. *Annali di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, p. 71. — **Gloëhner**. Beitrag zur Athmung abortiver Früchte. *Cent. f. Gyn.*, nº 1, p. 1. — **Gottschalk**. Beitrage zur Entwicklungeschichte der menschlichen Placenta. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd 37, Heft 2, p. 251. — **Neugebauer**. Das neue Breslauer Spondylolisthetische Becken. *Arch. für Gyn.*, 1889, Bd 35 Hft 3, p. 375. — **Neugebauer**. Spondylolisthésie et Spondylizème. *Nouv. Arch. d'obst. et gyn.*, 1890, février, 88. — **Petitpierre**. Ueber das Eindringen von granulosazellen durch die Zona pellucida von menschlichen Eiern, nebst einigen Bemerkungen über die sogenannte kleincystische degeneration der ovarien. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd 35 Hft. 3, p. 160. — **Sabatier**. Bassin à double synostose sacro-iliaque sans rétrécissement transversal. *Lyon médical*, déc. 1889, p. 597. — **Trachet**. Considérations obstétricales sur le sacrum de six vertèbres. *Arch. de toc.*, 1890, nº 3, p. 149. — **Truzzi**. Sperienze intorno al glucosio nelle acque amniotiche, nell' urina, nel sangue del feto e nel meconio. *Annali di Ostet. e ginec.* Milano, p. 67.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Borde**. L'uncino (crochet) acuto dopo la craniotomia. *Annali di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, p. 73. — **Borjakowski**. Eine neue Geburtzange. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 11, p. 176. — **Lange**. Eine Modification der Geburtzange. *Illust. Monatschr. d. ärztl.*, *Polytech.*, *Bern.*, 1889, XI, 251-253. — **Lebon**. Céphalotribe bigame. *Journ. d'accouch.*, 1890, nº 1, p. 1.

DYSTOCIE. — **Ehrendorfer**. Zur Kenntniss der fehlerhaften Haltung der Frucht. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd 37. Hft 2, p. 279. — **Fink**.

Delivery by the short forceps in a case of protacted labour and a rigid os uteri. *Indian M. Gaz.*, Calcutta, 1889, XXIV, 269-271. — **Hubert.** Bipare rachitique; bassin de 45 millimètres ; provocation du travail à 8 mois; rigidité du col; putréfaction rapide de l'enfant; laparotomie *in extremis* ; mort 3 heures après la délivrance. *Rev. méd.*, Louvain, 1889, VIII, 433-438.—**Leisenring.** An unruptured hymen, a cause for protected labor. *Omaha clinic*, 1889-90, II, 216-218. — **Negri.** Per le diagnosi sulle mostruosita fetali durante la gravidanza e nel parto. *Annali di Ostet. e Gin.*, Milano, 1890, p. 73. — **Zweifel.** Ein fall von osteomalacie, modificirter Porro. Kaiserschnitt, geheilt. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 2, p. 25.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Braun-Fernwald.** Ueber zwei primare Laparatomien bei graviditas extrauterina. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. 37, Hft 2, p. 286. — **Chandelux.** Observation de grossesse abdominale datant de 14 mois. Extraction du fœtus par la laparotomie. Guérison. *Lyon Méd.*, 12 janv. 1890, p. 37. — **Edebohls.** A case of tubal pregnancy successfully treated by electrical fœticida. *Med. Rec.*, N.-Y., 1889, XXXVI, 628. — **Elder (George).** A case of ectopic gestation successfully treated by abdominal section. *Lancet*, Lond., 1890, I, 232. — **Treymann.** Zwei Falle von Extrauteringravidität. *St-Petersb. Med. Wchnschr.*, 1889... VI, 313, 321. — **Wathen (William.** Treatment of ectopic pregnancy, with report of a case. *New-York and Surg. Journ.*, 15 mars 1890, LI, 288. — **Wathen.** Treatment of ectopic pregnancy. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1889-90, XVI, 717.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Charpentier** et **Butte.** Influence des hémorrhagies de la mère sur la vitalité des fœtus. *Compt. rend. Soc. de biol.*, Paris, 1889, 652-655. — **Heydrich.** Eine seltene Verletzung des Kindes bei der Geburt. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 7, p. 109. — **Hue.** Mort du fœtus par infection de l'amnios. *Arch. de toc.*, 1890, n° 1, p. 42. — **Le Gendre.** Hygiène de l'enfance. Du rachitisme. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, janvier 1890, p. 25, 48. — **Meyer.** Die Schultze'schen Schwingungen bei Verletzungen des Kindes. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 10, p. 153. — **Puech.** Traitement préventif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. *Arch. de toc.*, 1890, n° 2, p. 72. — **Schultze.** Athembewegung und Herzaktion asphyktischer Früchte. Einfluss Künstlicher Athmung auf die Cirkulation. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 6, p. 89. — **Truggi.** Dell Oligoidramnios nei suoi rapporti collo sviluppo del feto. *Annali di Ostet. e Ginec.*, Milano, 1890, p. 64.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Blanc.** De l'opération césarienne. *Arch. de toc.*, 1890, n° 1, p. 1, 65, 138. — **Boissard (Al.).** Etude analytique et critique sur les moyens les plus fréquents employés pour provoquer l'accouchement prématuré. *France médicale*, Paris, 1890, p. 18. — **Banta.** The rectification of face presentations. *Buffalo M. and S., J.*, 1889-90, XXIX, 257-262. — **Caruso.** Il taglio Cesareo conservatore con sutura dell' utero. Rivista. *Annali di ginecol. e ostetricia*, Firenze, octobre 1889, p. 433. — **Fürst.** Ueber dem Gebrauch der Kopfzang zur Beförderung der Geburt des Steisses. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd 37, Hft 2, p. 332. — **Harris (Robert P.).** Lesions from the cœsarean operations of Philadelphia, 1835-1889, *Amer. J. of Med. Sc.*, Phil., 1890, I, 109. — **Harris.** Results of the Porro-Cæsarean operation in all countries from its introduction to the

close of 1888. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1890, I, 68. — **Münchmeyer.** Beitrag zum Kaiserschnitte und über das Verhalten des bei demselben verwendeten Nachtmateriale. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd 37, Hft 2, p. 312. — **Russ.** Beiträge zur Kaiserschnittsfrage. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd 35, Hft 3, p. 442. — **Sänger.** Kœserschnittfrägen. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 12, p. 194 — **Spaeth.** Ein Fall von Kaiserschnitt nach Porro wegen Atresia vaginæ. *München. Med. Wchnshr.*, 1889, XXXVI, 754. — **Vinke.** Two Cases of Cæsarean section by the Sänger method. *Tr. M. Ass. Missouri*, Saint-Louis, 1889, 117-121.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Bastaki.** Grossesse compliquée d'hydramnios. *Bull. Société des Médecins de Jassy*, 1889, p. 83. — **Fargeaud.** Réflexions rétrospectives sur l'éclampsie puerpérale. Son traitement et ses conséquences. *J. Soc. de méd. et pharm. de la Haute-Vienne*, 1889, XIII, 137-146. — **Feiberg.** Zwei Fälle von Idiopatischem Pruritus universalis subpartu. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 7, p. 105. — **Foetuin.** A case of measles followed by pneumonitis and premature labor in a primipara. *Medic. News*, Philadelphia, 8 mars 1890, LVI, 254. — **Gallois.** Physométrie d'origine non putride pendant le travail. Embryotomie. *Arch. de toc.*, 1890, n° 2, p. 96. — **Henderson.** Cerebro-spinal meningitis complicating pregnancy. *J. Am. med. Ass.*, Chicago, 1889, XIII, 896. — **Jaffé (Th.).** Ein Fall von abnorm langer Dauer der Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 5, p. 73. — **Kaltenbach.** Zur Pathogenese der Placenta prævia. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVII Hft 1, p. 1. — **Kidd.** Notes and Remarks on a Case of Complete Prolapse of the cervical Zone of the Uterus, preceding Labour at Full Term. *The Dubl. med. J.*, janvier 1890, 1. — **Köhler.** Ueber Perforations.—Peritonitis in der Schwangerschaft. *Strasb.*, 1889. — **Kramer.** Zur Lehre von den Puerperal-psychosen. *Prag. med. Wchnschr.*, 1889, XIV, 523, 535. — **Legrand.** Sur un cas d'asystolie gravidique. *Progr. méd.*, 1889, X, 469-472. — **Lohlein.** Carcinoma recti als Indication fur die Kunstliche Fhrühgeburt und als Ursache einer Puerperalficher Endemie *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII. Hft. 1, p. 69. — **Meredith.** Rupture of the uterus during Labor. *Times and Reg.*, Philad., 1889, XX, 784. — **Noble (S. P.).** Two cases of instrumental delivery. *Annals of Gynaekology*, Boston, 1890, p. 205. — **Pedly.** Puerperal fever; a possible source of contagion. *Lancet*, Lond., 1889, II, 1273. — **Pfeiffer.** Ueber Pleuritis in Wochenbett. *Nürnberg*, 1889. — **Pinard.** Que convient-il de faire quand, pendant la grossesse, le fœtus mort est retenu dans la cavité utérine. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, 1890, janv., p. 1; 33. — **Richardson.** Cases of Eclampsia. *The Boston Med. and Surg. Journ*, 6 fev. 1890, t. CXXII, p. 121. — **Riedinger.** Ein Fall von Schwangerschaft in der geschlossenen Hälfte eines Uterus bilocularis. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1889., II, 859-862. — **Sabine.** A case of uræmic convulsions during pregnancy. *Bost. Med. and Sug. Journ.*, 6 mars 1890, CXXII, 220. — **Sperling.** Ueber hernia uteri gravidi. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd 37, Hft 2, p. 308. — **Steffeck.** Zum Einfluss der syphilitischen infection während der Schwangerschaft. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 1, p. 115. — **Steiger.** Plötzlicher Tod in der Nachgeburtsperiode. *Med. Monatschr.*, 1889, I, 569-572. — **Thiéry.** Remarques à l'étude de l'érysipèle dans l'état puerpéral. *Gaz. méd. de Paris*, 22 fév. 1890, VII, 87. — **Thomasseni.**

Condotta dell'ostetrico in caso di awenuta morte del feto nell'utero fuori del periodo di travaglio di parto. *Annali di Ostet. e Ginec.*, Milano, 1889, p. 77. — **Varnier**. L'infection puerpérale ; les moyens de la prévenir et de la combattre. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, janv. 1890, p. 10, 46. — **Whrigt**. Puerperal insanity. *Lancet-Clinic*, Cincin. 1889, XXIII, 647-652.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPTIE. — **Borel**. Du curettage utérin dans les accidents consécutifs à l'accouchement et à la fausse couche. *Arch. de toc.*, 1890, n° 2, p 89. — **Brivois**. Electrothérapie gynécologique et obstétricale. *Arch. de toc.*, 1890, n° 1, p. 21. — **Charles**. L'antiseptie obstétricale. *Journ. d'accouch.*, 1890, n° 3, p. 25, 37, 53. — **Budin**. Rapport sur la question : convient-il d'autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques ? *Arch. de toc.*, 1890, n° 3, p. 165. — **Davis**. The prevention and treatment of puerperal fever. *Med. News*, Philadelphia, 22 fev. 1890, LVI, p. 199. — **Falk**. Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen. *Arch. f. Gyn.* Bd 37, Hft 2, p. 295. — **Fehling**. Zur Frage der Therapie bei Osteomalacie. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 5, p. 73. — **Hertzfeld**. Ueber die Erfolge der geburtshilflichen Antiseptie. *Aklg. Wien. Med. Ztg.*, 1889, XXXIV, 485.

VARIÉTÉS. — **Charles**. Maternité de Liège. Statistique de l'année 1889. *Journ. d'accouch.* 1890, n° 1, p. 1 ; n° 2, p. 13. — **Charles W. Townsend**. Five hundred and nine cases of labor. An analysis of all the cases in the out patient departement of the Boston lyingin Hospital, and of the Boston dispensary, in the year 1888. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 19 déc. 1889, CXXII, 603.—**Dührssen**. Ueber die Behandlung der Cervix und Scheidendammincision in der Geburtshülfe. *Berl. Klin. Wchshr.*, 1889, XXVI, 964. — **Draper** (**W**.). The legal relations of obstetrics. *Boston med. and Surg. Journ.*, 16 janv. 1890, CXXII, 49. — **Kuhnow**. Statisch-mecanische untersuchungen über die Haltung der Schwangeren, 1889. *Arch. f. Gyn.*, Bd 35, Hft 3, p. 424. — **Merz**. Exception à la loi de Beaumès. *Arch. de tocol.*, 1890, n° 1, p. 34. — Note sur un cas de sécrétion mammaire d'origine inconnue. *Arch. de toc.*, 1890, n° 2, p. 108. — **Porak**. De l'achondroplasie. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, janvier, 19, 61. — **Scott**. First experience in obstetrical practice. *Medical Age*, Détroit, Michigan, 25 janv. 1890, VIII, 30.

NÉCROLOGIE

Ulysse Trélat.

Un des plus grands chirurgiens de notre époque, le professeur Trélat vient de mourir en pleine activité scientifique, après une courte maladie.

Interne en 1849, à 20 ans, prosecteur en 1856, agrégé en 1857, chirurgien des hôpitaux en 1860, il entra comme professeur à la Faculté à 44 ans.

Bien que ses goûts l'aient entraîné vers la chirurgie proprement dite, Trélat, qui avait été de 1864 à 1867 chirurgien de la Maternité, s'est toujours occupé avec intérêt des maladies des femmes. On lui doit d'intéressants travaux sur la périnéorrhaphie, sur le traitement des fistules vésico-vaginales, des salpingites, des rétro-déviations, sur les prolapsus génitaux, etc.

Esprit libéral, toujours ouvert aux idées nouvelles, le professeur Trélat avait franchement accepté les méthodes chirurgicales modernes, qu'il a contribué à vulgariser; mais il l'avait fait sans exagération, avec ce bon sens qu'il possédait à un si haut degré, et en conservant, développées à leur summum, les qualités maîtresses de la chirurgie française, en restant excellent clinicien tout en étant habile opérateur. Il avait le don d'élucider les questions obscures et comme il les exposait avec méthode, dans un langage clair et imagé, comme il examinait avec le plus grand soin ses malades et qu'avant d'opérer il discutait toujours judicieusement ses interventions, ses leçons de la Charité étaient des plus recherchées.

Mais nulle part ses qualités maîtresses, d'ordre, de précision, de pondération dans les idées, n'apparaissaient mieux qu'à la Société de chirurgie. A la fin des discussions longues, où quelquefois le débat s'égare, on le voyait résumer les diverses communications faites, les rapprocher, les éclairer les unes par les autres, et, ajoutant sa note personnelle, poser les conclusions définitives qui se dégageaient des faits avancés.

La facilité de parole, l'éloquence de ce maître en même temps que sa finesse et sa sagacité d'esprit attiraient autour de lui; son affabilité, cachée au premier abord sous des dehors un peu rudes, sa bonté réelle, sa droiture le faisaient aimer de tous. Aussi la mort du professeur Trélat laisse-t-elle des regrets unanimes et un vide immense pour tous ceux qui l'ont approché.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

““# ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôpital de la Charité. — Clinique du professeur Trélat.

INFLUENCE DU TRAITEMENT DE LA MÉTRITE SUR LES COMPLICATIONS INFLAMMATOIRES PÉRI-UTÉRINES : LYMPHANGITES, SALPINGITES, PELVI-PÉRITONITES.

Messieurs,

J'ai l'intention de vous exposer dans cette leçon les effets indirects du traitement antiseptique des métrites sur les complications inflammatoires qui se produisent autour de l'utérus : lymphangites, salpingo-ovarites, pelvi-péritonites.

J'ai déjà abordé ce sujet à deux reprises différentes, en novembre et en décembre 1889. Mais, aux faits que je vous rapportais à cette époque, d'autres observations non moins probantes sont venues s'ajouter, toutes mes hésitations sont tombées, et je suis arrivé à la ferme conviction qu'un certain nombre d'accidents plus ou moins aigus dérivés des métrites guérissent intégralement par le seul traitement de l'endométrite. Cette opinion est partagée par Munde de New-York et quelques autres auteurs, mais, la plupart de mes collègues des hôpitaux ne l'ayant pas encore adoptée j'ai cru bon de la développer aujourd'hui devant vous, en vous exposant les faits positifs que j'ai recueillis à l'appui.

Le traitement antiseptique des métrites a soulevé de nombreuses questions :

1° Comment doit être fait ce traitement?

2° Quand doit-il être fait, c'est-à-dire quelles sont ses indications?

3° Quelles sont ses contre-indications?

4° Quels en sont les résultats?

Pour ce qui est du traitement de la métrite envisagée en dehors de ses complications, l'accord peut-on dire est général, et, si j'excepte un de mes anciens collègues de la faculté, le professeur Pajot, chacun s'entend sur la formule adoptée aujourd'hui du traitement de l'endométrite, qui se résume en cette expression : curettage, ou plus exactement, action antiseptique intra-utérine. Cette question est jugée par ses résultats : quant à nous, depuis quatorze mois, nous avons traité avec succès plus de cent femmes par ce procédé. Dans d'autres services également, d'excellents résultats ont été obtenus. Voilà donc comment doit être fait ce traitement.

Les indications sont faciles à établir; toutes les métrites sont justiciables du traitement antiseptique intra-utérin, mais avec des chances diverses de succès. Vous guérirez rapidement et totalement la métrite villeuse hémorrhagique. La métrite catarrhale d'origine puerpérale guérira dans la majorité des cas. Quant aux métrites chroniques, le résultat est moins certain, particulièrement lorsqu'elles sont accompagnées de salpingite.

Ainsi, vous le voyez, les indications sont étendues, mais les résultats variables.

Quelles sont les contre-indications de ce traitement. Mais, direz-vous, ce sont les inflammations de voisinage, les complications du côté du péritoine, des annexes, des lymphatiques. Il y a peu d'années, la totalité des gynécologistes répétaient à l'envi ce précepte : lorsqu'il y a des complications péri-utérines, gardez-vous de toucher à l'utérus, vous courez les plus grands dangers, vous risquez la vie de la malade. Actuellement encore, parcourez les thèses les plus récentes de la faculté, vous retrouverez formulées ces réserves.

Cependant aujourd'hui, quelques oppositions commencent à s'élever; M. Doléris, jeune accoucheur distingué montre de l'hésitation; s'il s'agit d'infection puerpérale, dit-il, il faut agir coûte que coûte dans l'utérus, les accidents sont pressants, l'intervention s'impose. Mais, dans les métrites éloignées, il recule, le danger n'est plus imminent, et bien que deux fois il soit intervenu avec succès, il préfère attendre. Vous voyez que M. Doléris est bien près d'arriver à la doctrine que je professe.

M. Poulet, agrégé de la faculté de Lyon, a communiqué il y a un an à la Société de médecine de Lyon un mémoire dans lequel il rapporte avoir appliqué avec succès le traitement antiseptique intra-utérin à cinquante-deux femmes pendant la durée des complications péritonéales.

Walton de Bruxelles a apporté en 1887 à l'Académie de médecine de Belgique des résultats analogues.

Messieurs, sur ce point, je puis dire que depuis un an et demi j'ai fait mon instruction. Vous m'avez entendu faire l'année dernière des leçons sur la métrite à travers les âges; métrite virginale, métrite des premiers accouchements vers l'âge de 25 ans, métrite éloignée, entre 38 et 40 ans après plusieurs accouchements, et enfin métrite des vieilles femmes. Depuis que j'ai mis à l'étude dans le service cette question du traitement des métrites compliquées d'inflammations péri-utérines, je me suis affermi dans cette conviction que toutes ces métrites peuvent et doivent être soignées par le traitement antiseptique intra-utérin.

Nous n'en sommes plus à soulever le procès des lymphangites et des salpingo-pelvi-péritonites; il y a incontestablement des tumeurs salpingiennes qui sont les plus fréquentes, mais il ne faudrait pas nier les lymphangites. Dans la puerpéralité, les lymphangites dominent, dans les autres cas, on trouve plus souvent des ovaro-salpingo-péritonites. Toutes ces complications sont susceptibles de bénéficier du traitement endométritique. Je vous citerai à propos des lymphangites la thèse récente d'un de mes élèves M. Cantin, où

vous trouverez des faits positifs de lymphangite péri-utérine dérivée de la métrite ayant cédé au traitement de la manière la plus évidente. Un autre de mes élèves, M. Delbet, prosecteur à la Faculté, va publier prochainement un mémoire sur les suppurations pelviennes, dans lequel il a l'occasion de revenir sur ces faits et d'affirmer à nouveau l'amélioration parallèle de la lymphangite péri-utérine et de la métrite sous l'influence du traitement endométritique.

Quant aux salpingo-ovarites, pour apprécier toute l'importance de cette question, il est nécessaire de tenir compte des faits suivants : certains chirurgiens étrangers, et même quelques-uns de mes collègues des hôpitaux, en présence de salpingo-ovarites, dédaignent tout traitement utérin et pratiquent sans hésiter l'extirpation des annexes malades. Cet état de choses est arrivé à un tel point qu'il a suscité des révoltes. A la Société de gynécologie de New-York, Emmet s'est révolté le premier contre cette multitude d'opérations. Henri Coe a dit très franchement qu'on ne devait pas considérer comme pathologiquement altérées toute les annexes qu'on extirpe, et, appuyé par Emmet, il conclut que dans peu d'années, on fera beaucoup moins de ces opérations radicales. Ce n'est pas les rejeter; il est clair qu'elles rendent des services incontestables et remettent sur pied des malades indéfiniment condamnées au lit; elles persisteront, mais avec leurs indications bien déterminées.

Martin de Berlin, dont le livre vient d'être traduit, déclare qu'il ne pratique l'extirpation des annexes qu'après avoir épuisé tous les autres moyens. Moi-même, l'an dernier, vous m'avez souvent entendu dire en présence du nombre considérable de salpingo-ovarite que nous rencontrions : Faudra-t-il donc toutes les extirper ? Nous n'avons fait que 6 opérations de ce genre sur plus de 25 salpingo-ovarites. Toutes les salpingites médiocrement volumineuses, modérément douloureuses relèvent des indications du traitement antiseptique intra-utérin et diminuent d'autant les indications de l'extirpation.

Il faut savoir d'ailleurs qu'un certain nombre de salpingites peuvent guérir spontanément. Cette opinion est partagée par Doléris, par Monprofit. Nous avons pu, en suivant des malades pendant quelques mois, constater la diminution, et enfin la disparition totale des tumeurs salpingiennes.

Nous n'avons aucun moyen à l'heure qu'il est de dire quelles sont les salpingites qui peuvent ou ne peuvent pas guérir, il est donc absolument nécessaire avant toute autre tentative de faire l'expérience du traitement antiseptique de la métrite.

Je discute, Messieurs, un dernier point. La guérison dans ce cas est-elle définitive ? Mes recherches m'ont appris, il est vrai que dans certains cas la persistance de la salpingite pouvait entraîner la récidive de la métrite guérie, et j'avais conclu prématurément que tant qu'il persiste un foyer salpingien, la métrite est sujette à récidiver. Mais l'inverse est vrai aussi et il faut dire qu'un bon traitement de la métrite peut amener la guérison définitive de la salpingite. Monprofit admet ces faits. Doléris en même temps que moi a cherché à les démontrer à la Société de gynécologie.

Il me reste à présent à vous donner notre formule du traitement intra-utérin, ses points fondamentaux, à vous dire en un mot comment nous pratiquons le curettage de l'utérus.

L'année dernière, lorsque je vous parlais du traitement des métrites, je me gardais de vous donner ce procédé opératoire, il était en quelque sorte soumis encore à l'épreuve. Mais depuis, nous l'avons étudié, modifié, nous l'avons expérimenté dans nos salles pendant un an et demi sur plus de cent femmes, et c'est la méthode que je crois être la bonne que je vais vous exposer aujourd'hui.

Trois jours avant l'opération, on fera avec soin l'antisepsie vaginale superficielle ; il ne faut pas se contenter pour cela des injections que l'on fait faire aux malades dans les salles. Vous-mêmes ferez un nettoyage profond des culs-de-sac, du vagin avec des tampons d'ouate, et chaque fois, vous place-

rez à demeure ensuite dans le vagin un tampon de gaze iodoformée que vous retirez le lendemain pour faire un nouveau lavage. Les grands bains sont nécessaires à l'hôpital. La vulve sera savonnée avec soin et les poils raccourcis au besoin. Deux jours auparavant, le rectum sera débarrassé par un purgatif.

Le traitement commence par la dilatation du col utérin. Ce point que je regarde comme essentiel a été contesté. M. Pozzi, chirurgien distingué des hôpitaux, a fait faire à un de ses élèves, M. Despréaux, une thèse dans laquelle la dilatation est considérée comme d'une importance secondaire. Pour ma part, je la conseille au contraire formellement. Elle a pour effet d'abord d'assouplir la paroi interne, ce qui est un avantage chez les vieilles femmes atteintes de métrite chronique, avec un utérus rigide ; ensuite elle assure un libre écoulement des liquides utérins. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer des accidents de véritable rétention qui ont cessé chaque fois que nous avons fait au col un large orifice à y introduire le doigt, je considère donc cette dilatation comme un temps d'une nécessité absolue. Nous faisons cette dilatation avec les tiges de laminaire conservées dans l'éther iodoformé, huit jours pour les petites, quinze jours pour les grosses. Cette préparation les assouplit sans les gonfler, permet d'accommoder leur courbure à celle du canal cervical et assure leur antisepsie. Chaque jour, successivement vous introduisez une nouvelle tige, deux ou trois en tout selon l'étroitesse ou la résistance du col. Vous ne négligez pas en même temps de faire un lavage vagino-utérin et d'appliquer un tampon de gaze iodoformée. La dernière tige retirée, et le col bien dilaté, vous pratiquez le curettage.

Un deuxième point sur lequel j'insiste, c'est la nécessité de l'anesthésie chloroformique. J'ai tenté plusieurs fois de me passer de l'anesthésie. Or, si la femme est irritable, vous serez gêné, forcé de faire une opération hâtive qui sera mal faite, incomplète et qu'il faudra recommencer.

Nous introduisons le spéculum, et j'emploie volontiers dans

ce cas le modèle construit par M. Colin sur mes indications, dont le principal avantage est de dilater à la fois le fond du vagin et son orifice dans des quantités proportionnelles. La présence d'une seule articulation latérale dégage les côtés et facilite le passage des instruments. Après un nouveau lavage vous injectez dans l'utérus une solution de créosote dans la glycérine à 10 pour 100, avec la seringue dite de Braune qui n'a de particulier que la longue sonde à bout olivaire terminant sa canule. Vous pourrez ensuite achever la dilatation en fixant la lèvre supérieure du col de l'utérus avec une pince de Museux à petites griffes et en introduisant à fond dans l'utérus quelques mandrins d'Hegar, jusqu'au numéro 15 ou 16. La dilatation est-elle par hasard imparfaite, vous pourrez la compléter aussi avec le dilatateur de Busch.

Le dilatateur de Sims, plus gros, porté par deux puissants manches de davier me paraît inférieur, car il n'est pas besoin d'employer une force aussi considérable. Nouveau lavage, et vous prenez en main la curette bien désinfectée. Messieurs, on a fait de grandes variétés de curettes, chaque chirurgien a la sienne. Certains modèles sont absolument détestables. Nous nous servons d'habitude de deux curettes, l'une est celle de Simon Volkman montée sur un long manche ; l'autre, à laquelle j'entends quelquefois donner le nom de curette de Sims, est en réalité très différente de celle dont ce chirurgien a publié le modèle en 1869. Le modèle dont je me sers, je l'ai fait exécuter il y a 14 ou 15 ans pour l'oreille : son tranchant n'est pas dirigé en bas comme dans l'instrument de Sims, il est taillé perpendiculairement au manche et agit comme une sorte de rateau, normalement à la surface utérine. L'instrument introduit doit être traîné méthodiquement de haut en bas pour toute la surface utérine. Vous passez ainsi successivement sur chacune des faces, puis sur les deux bords, et enfin sur la région des trompes et du fond.

La force à déployer dans cette manœuvre vous sera donnée par des sensations qui vous avertiront que le curettage est complet. D'une manière générale, il faut que l'on entende

un bruit de craquement résistant indiquant que vous grattez sur le muscle utérin. Rappelez-vous que vous avez à détruire non seulement l'épithélium, mais les glandes et ces formations vasculaires envahissant toute la muqueuse, lésions que vous trouverez bien décrites dans le récent mémoire de M. Cornil.

L'opération terminée, vous faites immédiatement un écouvillonnage de la cavité utérine avec un écouvillon neuf, passé à l'étuve, ne devant servir qu'une fois, et trempé au préalable dans la glycérine créosotée.

Par les mouvements de rotation imprimés à l'instrument, les petites parcelles de muqueuse qui ne sont pas tombées au curettage, sont détachées et entraînées. On fait ensuite une grande irrigation de la cavité utérine avec un appareil quelconque dilatant le col, la sonde de Segond par exemple, celle de Budin, ou plus simplement un tube de verre passé entre les branches d'un dilatateur de Busch, car la dilatation de l'orifice pour permettre le retour du liquide est la seule condition nécessaire. Lorsque l'utérus ne saigne plus, un tampon de gaze iodoformée est introduit dans le vagin et tout est terminé. Nous avons abandonné après les avoir expérimentés les badigeonnages intra-utérins à la teinture d'iode, au perchlorure de fer, l'introduction dans l'utérus d'une mêche de gaze iodoformée. Ces moyens n'ont aucun avantage, le perchlorure de fer fait des eschares, la tente aseptique se souille très rapidement. Toutes ces remarques sont le résultat d'une longue expérimentation. Nous nous bornons, je le répète, à un lavage intra-utérin très complet et très soigné. Les pansements sont renouvelés tous les deux jours. Au bout d'une dizaine de jours, la malade pourra se lever.

Lors du retour de ses premières règles, il sera bon de lui faire garder le lit (1).

---

(1) Les observations qui démontrent l'efficacité du traitement intra-utérin sur les complications inflammatoires péri-utérines, seront publiées dans les « *Cliniques chirurgicales* » de M. le professeur Trélat. Cet ouvrage paraîtra vers la fin de cette année.

SUR LES INFLAMMATIONS DES OVAIRES (OOPHORITES)

Par le professeur **Slavlansky** (1).

Avant d'aborder l'étude et l'analyse de toute une série de malades couchées dans les salles de notre clinique et atteintes de diverses formes d'état inflammatoire des ovaires, je crois indispensable de vous exposer l'état actuel de la question des *inflammations des ovaires* en général. Je m'en tiendrai dans cette étude principalement aux résultats de mes recherches et de mes observations personnelles. C'est là une question très importante; divers auteurs, qui s'en sont occupés, ont à cet égard des idées très variables; quelquefois même, ils sont en pleine contradiction dans leurs opinions sur la nature de la maladie, sur ses symptômes, et par conséquent sur son traitement.

Abordons avant tout les données anatomo-pathologiques, nous passerons ensuite à l'étiologie de la maladie, à l'étude de ses symptômes, de sa marche et des terminaisons différentes dont elle est susceptible. Nous analyserons après les renseignements que nous fournit l'exploration objective faite au lit de la malade, puis nous établirons le diagnostic et le pronostic qui en découlent et finalement, le traitement de la maladie.

Anatomie pathologique.

L'ovaire, composé, comme tout organe glandulaire, d'un parenchyme et d'un tissu interstitiel conjonctif, peut présenter des lésions inflammatoires strictement localisées à l'une ou à l'autre de ces parties constituantes.

Le parenchyme de l'ovaire, l'épithélium des tubes de Valentin Pflüger, du follicule primordial, de la membrane

(1) Leçon faite à l'Académie impériale de médecine de St-Pétersbourg (27 septembre 1889).

granuleuse, le cumulus proligère, l'œuf et l'épithélium germinatif peuvent être envahis par des processus dégénératifs, sans que le tissu interstitiel y soit altéré; ou, s'il est altéré, il n'est atteint que secondairement.

Dans un autre ordre de faits le stroma conjonctif est atteint primitivement, et le parenchyme n'est envahi que secondairement.

Par conséquent, au point de vue anatomo-pathologique, nous devons distinguer deux formes principales d'ovarites : L'*oophorite parenchymateuse*, et l'*oophorite interstitielle* (1); mais en même temps nous devons admettre l'existence d'une troisième forme, *mixte*, où le processus inflammatoire envahit primitivement les deux parties composantes, le parenchyme et le stroma conjonctif; c'est cette forme que l'on observe le plus souvent, comme nous allons le voir, dans les inflammations en îlots, se localisant dans les follicules et envahissant en même temps le parenchyme et la paroi conjonctive du follicule (*oophorites folliculaires*); dans ces cas, le processus débute dans la couche granuleuse de la paroi du follicule très riche en vaisseaux.

INFLAMMATION PARENCHYMATEUSE DE L'OVAIRE. — OOPHORITE PARENCHYMATEUSE. — Au cas d'inflammation légère, l'ovaire, si on l'examine à l'œil nu, ne présente aucun changement bien marqué. Il n'augmente pas de volume, n'est que légèrement hyperhémié et peut être considéré comme étant relativement normal. Si l'inflammation est plus intense, l'ovaire augmente de volume à cause d'une forte hyperhémie de son tissu, qu'on constate encore sur des ovaires depuis longtemps retirés du cadavre. L'hyperhémie est surtout marquée au pourtour des vésicules de Graaf et des follicules dans leurs différents stades de développement; les vaisseaux de la couche périfolliculaire ont l'air d'être injectés artificiellement; quelquefois, l'hyperhémie est si intense que

(1) SLAVIANSKY. Entzündung der Eierstöcke. *Archiv für Gynaek.*, 1872, III, p. 183.

toute la couche granuleuse, entourant le follicule, présente une teinte rouge foncé et simule une extravasation sanguine dans le parenchyme.

Le liquide contenu dans les follicules relativement gros, est quelquefois opaque, d'une couleur passant au jaune, et rappelle du pus liquide. La surface de l'ovaire, sauf une hyperhémie plus ou moins prononcée, quelquefois circonscrite et limitée aux parois des follicules, ne présente pas d'autres altérations.

Quand l'inflammation est plus intense, quand le processus a déjà envahi les vésicules de Graaf, on constate, à l'œil nu, sur la surface de l'ovaire, dans les points qui correspondent à la paroi de ces vésicules, des flocons fibrineux s'enlevant facilement au moyen d'un couteau.

L'examen microscopique nous démontre que, dans les cas relativement légers, c'est le follicule primordial de la couche corticale qui est atteint exclusivement. Lorsque le processus est plus intense, l'inflammation atteint les follicules déjà développés et les vésicules de Graaf (1), les éléments épithéliaux du follicule primordial et des vésicules de Graaf. Il se produit des altérations propres à tout processus inflammatoire aigu, ayant envahi un parenchyme et aboutissant à la formation d'un détritus finement granuleux. L'œuf résiste assez longtemps à ce processus, la zone pellucide peut être encore très longtemps distinguée au milieu du magma granuleux contenu dans la cavité du follicule altéré. Dans le follicule, le liquide folliculaire apparaît à l'œil nu, mêlé au détritus, trouble, ressemblant à du pus, tandis que nous savons que les vraies collections purulentes, en cas d'ovarite parenchymateuse, ne se forment jamais, ou du moins, en ce qui me concerne, je n'en ai jamais rencontré dans ces conditions.

Si le processus suit sa marche progressive, en cas d'in-

---

(1) SLAVIANSKY. *Contribution à l'étude de l'anatomie normale et pathologique de la vésicule de Graaf.* Dissert. inaug., 1870, St-Pétersbourg.

flammation intense, il se propage au stroma interstitiel de l'ovaire, au tissu conjonctif qui environne les follicules. La couche périfolliculaire, formée de tissu conjonctif jeune, granuleux, ayant beaucoup de rapport avec le tissu des glandes lymphatiques, est très hyperhémiée, infiltrée de globules blancs, très épaissie, et peut être, si l'on pratique une incision au niveau du follicule, très facilement isolée sous forme de coque du follicule lui-même.

Les nombreux extravasats sanguins qu'on rencontre dans le tissu interstitiel, lui donnent l'aspect d'un caillot sanguin, et ce n'est qu'après un examen microscopique patient et soigné, qu'on parvient à reconnaître qu'il s'agit, non d'une apoplexie, mais d'un processus inflammatoire, que le sang n'est pas libre dans la cavité du follicule, mais se trouve dans le tissu formant sa paroi. En général, un extravasat sanguin ne se rencontre pas, aussi fréquemment qu'on le soutient, dans la cavité du follicule : les cas indiscutables, où un caillot sanguin remplissait la cavité, sont relativement très rares, et ne se rencontrent que sur des sujets morts du scorbut, après des brûlures très étendues, ayant succombé à des lésions cardiaques, etc., etc. ; nous connaissons beaucoup d'observations, où l'apoplexie folliculaire soi-disant constatée, ne devait être autre chose qu'un extravasat sanguin dans le tissu de la paroi ; c'est d'autant plus probable que, dans toutes ces observations, il manque généralement une analyse bien précise de la lésion.

Les follicules affectés en cas d'inflammation parenchymateuse, ne se régénèrent plus, ils périssent (1). Le follicule primordial, ayant subi ce processus régressif, ne laisse aucune trace de son existence ; les follicules d'un volume plus considérable, vus à l'œil nu laissent des traces analogues à celles qu'on rencontre à la suite de l'atrésie physiologique des follicules. La lésion, dans l'ovarite parenchymateuse, se déve-

---

(1) SLAVIANSKY. Recherches sur la régression des follicules de Graaf chez la femme. *Arch. de Physiol.*, 1879, p. 88.

loppe généralement très vite, et la marche de la maladie a un caractère très aigu.

Inflammation interstitielle de l'ovaire. — L'oophorite interstitielle se présente surtout quand il s'agit de cas aigus, sous deux formes ; si l'inflammation se généralise à tout le stroma de l'ovaire, nous avons affaire à l'oophorite interstitielle diffuse, si elle se limite aux parois conjonctives des follicules, il s'agit d'une oophorite circonscrite ou folliculaire des auteurs. L'inflammation généralisée présente une marche très aiguë et débute au cours des infections septiques. Les ovaires sont dans ces cas doublés, ou même triplés de volume ; leur tissu est tuméfié, flasque, les vaisseaux sont gorgés de sang et, sur la surface de l'organe, on constate une couche d'un amas fibrineux. A la coupe les ovaires paraissent œdématiés, infiltrés d'un liquide séreux trouble (oophorite séreuse) ; quelquefois ce liquide mêlé à du sang présente une teinte d'un rouge foncé plus ou moins intense, on constate alors beaucoup d'extravasats sanguins (*oophorite hémorrhagique*).

Poussant plus loin nos investigations, nous pouvons constater sur la surface de la section, un amas de globules de pus, formant des traînées, ou de petits foyers jaunes (*oophorites suppuratives*).

En cas d'inflammation d'origine septique, quand les lésions sont bien marquées, le tissu de l'ovaire envahi est flasque, lâche, s'écrase facilement entre les doigts ; le liquide, recueilli en raclant la surface de section avec un couteau, a un aspect ichoreux (*oophorite nécrotique*).

Dans tous les cas d'oophorite interstitielle aiguë généralisée, le caractère infectieux, septique peut être démontré par l'examen microscopique du liquide, imbibant le tissu de l'ovaire ; en effet, cet examen démontre l'existence, au milieu des éléments figurés du sang et du pus, de colonies de micro-organismes, caractérisant la nature de l'infection.

Suivant l'intensité du processus inflammatoire et de son

degré de généralisation, le parenchyme de l'ovaire présentera des altérations secondaires, plus ou moins prononcées. Dans les formes légères l'inflammation du tissu interstitiel, peut ne pas retentir sur l'épithélium des follicules ; au milieu du tissu conjonctif enflammé, plus ou moins infiltré d'éléments embryonnaires on pourra constater des follicules complètement indemnes de toutes lésions.

Dans les oophorites interstitielles, d'une intensité plus marquée, les follicules à tous les degrés du développement, s'altèrent secondairement. Le processus débute généralement par les plus gros ; les vésicules de de Graaf présentent une hyperhémie très intense de leur paroi conjonctive et un détritus finement granuleux de l'épithélium de leur membrane granuleuse ; la cavité des vésicules contient une quantité plus ou moins considérable de globules de pus ; on constate du pus dans les vaisseaux lymphatiques de la couche médullaire et du hile ovarien ; par place ces abcès miliaires se confondent et donnent lieu à la formation de collections purulentes, atteignant quelquefois la grosseur d'une noix. L'oophorite interstitielle en foyer, déjà mentionnée (l'*oophorite folliculaire des auteurs*), doit être rangée parmi les inflammations d'une intensité moindre que la précédente.

A l'état physiologique, la fonction de l'ovaire ne se localise que dans certains endroits de l'organe ; ce n'est qu'un certain nombre de follicules, nombre très limité, qui arrivent à leur dernier degré de développement et à l'éclosion, D'une manière toute analogue, dans des conditions pathologiques, le processus inflammatoire en foyer se localise principalement au pourtour de quelques follicules. Dans les oophorites interstitielles circonscrites, périfolliculaires, quand l'inflammation débute, primitivement dans l'organe sous l'influence de causes variables, le processus se localise justement dans les régions où la fonction physiologique est à son maximum d'intensité ; à la limite du parenchyme en état de développement, dans la couche granuleuse périfolli-

culaire ; ce n'est qu'ultérieurement que le processus inflammatoire devientdiffus et se propage suivant le degré de son intensité ou vers la cavité du follicule, ou sur le stroma environnant.

Les inflammations périfolliculaires peuvent être secondaires, la maladie ayant débuté dans le parenchyme, ou n'être qu'un épiphénomène d'une oophorite interstitielle. Les lésions anatomiques de la couche périfolliculaire, se présentent sous des aspects bien différents suivant l'intensité du processus :

Depuis des lésions à peine marquées, jusqu'à la pleine destruction du tissu périfolliculaire, comme cela se rencontre par exemple dans les formes d'oophorites hémorrhagiques et dégénératives. La limite entre l'hyperhémie physiologique et l'hyperhémie pathologique de la couche périfolliculaire est aussi difficile à tracer que dans toute autre région des organes génitaux de la femme (la muqueuse de la cavité utérine) la migration des globules blancs du sang, qui accompagne chaque hyperhémie, peut présenter aussi dans les limites physiologiques, des variations d'intensité très considérables ; par conséquent, très souvent, nous ne pouvons avoir aucune donnée anatomique suffisante, pour deviner un état inflammatoire de la couche périfolliculaire déjà bien établi; ce n'est que l'exagération de la fonction physiologique de l'organe, qui pourra nous indiquer le début d'un processus inflammatoire. Si une hyperhémie de l'ovaire, due à quelques circonstances défavorables survient, elle ne se localise pas comme cela se voit dans les conditions physiologiques, pendant la période menstruelle, au pourtour d'un seul, ou bien de deux ou trois follicules, mais elle se généralise, et les vaisseaux au pourtour d'un grand nombre de follicules, seront gorgés de sang. Il en résultera un développement plus actif des follicules, une sécrétion plus abondante du liquide par les cellules de la membrane granuleuse (*oophorite folliculaire productive*).

Quand l'irritation est forte, l'hyperhémie se généralise dans

toute la couche parenchymateuse; on constate alors une transformation abondante des follicules primordiaux, en follicules en état de maturité, tout l'ovaire se remplit de cavités de dimensions variables, quelques-unes à peine visibles à l'œil nu, d'autres atteignent la grandeur d'une vésicule de Graaf. Ce processus était depuis longtemps connu sous le nom de *dégénérescence kystique*, mais des recherches microscopique plus minutieuses nous démontrent qu'il s'agit simplement d'un développement plus actif et plus généralisé des follicules sans que leur structure diffère en quoi que ce soit des follicules à l'état normal. Il est démontré que ce n'est donc qu'un état d'hyperactivité de l'organe, état caractérisant tout travail inflammatoire dans ses formes légères.

La sécrétion plus active se faisant dans ces cas dans les follicules peut être comparée à celle qui se produit dans tout état catarrhal d'autres muqueuses et Virchow (1) a depuis longtemps désigné ce processus sous le nom de « catarrhe de la vésicule de Graaf » (Catarrh des Graafschen Bläschens). La transformation en kyste de ces follicules, qui peuvent être considérés comme étant complètement normaux, mais dont le nombre est seulement accru ne se constate jamais, comme le prouvent les recherches de Nagel (2), les follicules ayant atteint un certain degré de développement subissent une transformation régressive très analogue à celle qui se passe à l'état normal, comme conséquence du fonctionnement physiologique de l'ovaire.

Nous pouvons donc considérer le processus pathologique de l'ovaire, caractérisé dans sa période aiguë, par une hyperhémie intense et l'apparition dans la couche périfolliculaire, d'un nombre considérable de cellules embryonnaires, comme l'une des variétés très fréquentes d'inflammation de cet organe. Cet état, amenant une croissance active d'un grand nombre de follicules, était depuis longtemps connu par les

(1) *Krankhaften Geschwülste,* t. I, p. 260.
(2) *Arch. f. Gyn.*, XXXI, 1887, p. 327.

auteurs, et désigné sous le nom de dégénérescence kystique (*Kleincystische Degeneration* des auteurs allemands). En cas d'irritation plus forte, l'hyperhémie des follicules de la couche périfolliculaire est beaucoup plus accusée ; il se forme des extravasats sanguins et le sang épanché, détruit le tissu friable et délicat de cette couche ; dans ces conditions la restitution *ad integrum* devient impossible, et les follicules périssent, donnant lieu à la formation d'un détritus finement granuleux, et à l'atrésie de leur cavité.

Pendant ce travail régressif, on constate très fréquemment, un épaississement de la couche périfolliculaire, dû à la croissance active de ses éléments cellulaires. Le nombre et le volume des cellules augmentent, leur protoplasme devient granuleux, prend une teinte jaunâtre ; nous avons par conséquent devant nous, des éléments cellulaires caractérisant le corps jaune, la présence des restes de l'extravasat sanguin, des cristaux hématiques, complétant la ressemblance.

De tous les éléments cellulaires, contenus dans la cavité du follicule et subissant la transformation régressive, on retrouve, le plus longtemps au milieu du détritus, les traces de l'œuf ; au début du travail, ce dernier paraît être rempli d'un nombre plus ou moins considérable de cellules de la membrane granuleuse, qui l'entoure à l'état normal. L'examen d'un certain nombre de préparations paraît indiquer, que ces cellules émigrent dans la cavité de l'œuf, à travers les pores de la zone pellucide (1).

En examinant les préparations faites sur des pièces où le travail régressif dure depuis un certain temps, on constate, que la zone pellucide de l'œuf se conserve encore assez longtemps, et qu'elle présente l'aspect d'un corps plissé, très réfringent avec des contours très nets. La présence de cette zone pellucide ainsi rétractée, indique généralement qu'il s'agit là, non d'un corps jaune, d'une vésicule de Graaf, rom-

(1) PETIT PIERRE. Ueber des Eindringen von Granulosazellen durch die zona pellucide Von Menschlichen Eiern, etc. *Arch. f. Gyn.*, t. XXXV, 1889 p. 483.

pue, mais d'une formation due à un travail inflammatoire, qui a pour siège la couche perifolliculaire des follicules. Sur beaucoup d'ovaires, on constate des formations analogues ; l'organe, comparativement à l'état normal, est doublé de volume, sa surface de section est parsemée de ces formations, simulant des corps jaunes dans leurs différentes périodes de développement régressif. Quelques-uns de ces corps présentent des cavités remplies d'une masse jaunâtre, très épaisse, ressemblant à du smegma (1) et ne sont que des follicules altérés par un travail inflammatoire, et présentant des traces d'une hémorrhagie produite dans leur cavité.

La croissance, due à l'irritation inflammatoire de la couche périfolliculaire et l'hypertrophie de ses cellules, présentent une analogie complète avec ce qui se passe pendant le développement des corps jaunes en dehors de la grossesse, sous l'influence d'une nutrition trop active, par exemple en cas d'un fibromyôme utérin (2), et chez des petites filles, dans les premières années de leur existence, sous l'influence de conditions encore mal connues (3).

Un processus inflammatoire plus intense, provoqué par quelque agent infectieux, peut amener une suppuration plus ou moins étendue dans la paroi du follicule avec formation d'une collection purulente dans sa cavité. Dalché a trouvé des petits abcès dans quelques follicules, ayant atteint un certain degré de développement, et à côté d'autres, qui présentaient des lésions caractérisant la forme hémorrhagique, déjà décrite.

Le résultat de ces processus, serait l'atrésie des follicules envahis, et la formation d'une cicatrice ; ce travail régressif dans la couche périfolliculaire peut se poser de deux manières toutes différentes : à mesure que les éléments cellulaires

(1) Dalché. *De l'ovarite.* Paris, 1883, p. 10.

(2) Popoff. *Contribution à l'étude des corps jaunes*, 1881, Th., St-Pétersbourg.

(3) Lebedinsky. *Contribution à l'étude de la vésicule de Graaf.* Th., 1879.

subissent la dégénérescence granulo-graisseuse et forment un détritus finement granuleux, le follicule lui-même se rétracte et sa couche périfolliculaire forme, sur sa face interne, de nombreux plis. Il se forme une cicatrice d'un aspect très caractéristique, décrite dans ma thèse de doctorat (1870).

Les éléments cellulaires de la couche périfolliculaire subissent une dégénérescence graisseuse et à la place du follicule préexistant, on peut encore constater longtemps les traces de sa structure caractéristique, composée de fibres et d'un détritus finement granuleux. A la longue, cette structure et les fibres qui la composent disparaîtront, et l'endroit du follicule préexistant, ne pourra plus être reconnu.

Le tableau est tout différent, s'il s'agit d'un travail inflammatoire de longue durée, par exemple dans quelques formes aseptiques d'inflammation ; le processus aboutissant à l'atrésie a une marche lente, les cellules de la couche périfolliculaire, n'augmentent pas de volume, comme nous l'avons vu dans la forme précédente : les cellules jaunes se rencontrent très rarement ; la substance intercellulaire, ayant généralement un aspect homogène, devient fibrillaire, quelques fibres, celles qui sont disposées plus près de la face interne, s'épaississent considérablement, deviennent fortement réfringentes et, en se confondant l'une avec l'autre, forment une couche réfringente, autour de la cavité rétractée du follicule (*sclérose de la paroi*, Th. de Slaviansky).

La sclérose de la paroi du follicule atrésié peut-être si prononcée, qu'en examinant la surface de section d'un ovaire à l'œil nu, le follicule altéré peut être pris pour un petit corps fibroïde (corpora fibrosa auctorum) ne dépassant pas en général la grosseur d'un petit pois (1).

Ces petits corps fibreux se développent dans la paroi du follicule atrésié, peuvent comme ce dernier lui-même présenter dans leur centre une cavité remplie des restes d'une extravasation sanguine. La présence des corps fibroïdes dans

(1) F. PATENKO. *Sur le développement des corps fibroïdes de l'ovaire.* Th., 1880, St-Pétersbourg.

l'ovaire était depuis longtemps envisagée comme le résultat d'un travail inflammatoire chronique (1).

L'arrêt de développement que ces corps fibroïdes subissent, une fois qu'ils ont atteint un certain volume prouve encore une fois leur nature inflammatoire.

Le résultat ultime de toute inflammation interstitielle dans l'ovaire, sera une production exagérée de tissu conjonctif. Le travail inflammatoire localisé et quelquefois même, quand il est diffus, donne lieu, grâce à la faculté régénératrice du stroma de l'ovaire, à la production d'un tissu très analogue au tissu préexistant ; dans ces conditions, il n'y a pas de cicatrices, sauf les cas où le travail inflammatoire aboutirait à la formation des corps fibreux (2).

Les inflammations septiques, infectieuses, donnant lieu à la formation du pus et à de vastes destructions dans le tissu de l'ovaire, aboutissent inévitablement à la formation d'un tissu cicatriciel très dense, bien apparent au milieu du stroma de l'ovaire. Cette cicatrice se rétracte à la longue et amène la diminution du volume de l'ovaire (*cirrhose de l'ovaire*).

Dans la première catégorie des faits, l'ovaire, comme nous l'avons vu, est au contraire augmenté de volume. Grâce à cette augmentation, on a très souvent considéré ce processus comme une hypertrophie interstitielle de l'organe vu la fréquence relative des processus inflammatoires localisés, on constate plus souvent la transformation des parties les plus extérieures de la couche corticale en tissu conjonctif, présentant les caractères du stroma avec disparition des follicules (épaississement de l'albuginée des auteurs).

On constate très souvent, en cas d'inflammation chronique interstitielle de l'ovaire l'altération des vaisseaux sanguins du stroma ovarien, surtout des lésions de périartérite sur des artères d'un certain calibre. Au début du processus inflammatoire la tunique adventice s'infiltre d'éléments glo-

(1) VIRCHOW. *Krankh. Geschwulste.*

(2) ZIEGLER. *Lehrbuch der allgem. und spezial. pathol. Anatomie*, 1882, p. 1045.

bulo-cellulaires, et, à la longue, ces éléments jeunes se transforment en tissu fibreux. Parfois la tunique adventice s'épaissit d'une manière très analogue à ce qu'on rencontre dans l'utérus dans les cas de métrite chronique, l'adventice subit la dégénérescence mucoïde.

Nous devons ranger dans la même catégorie de faits les lésions d'endoartérite oblitérante, que nous avons très souvent rencontrées dans les cas d'oophorite chronique et qui a été décrite par S. Koliogo (1), comme des altérations accompagnant les affections syphilitiques de l'ovaire.

Plusieurs auteurs ont décrit la dégénérescence hyaline des parois artérielles (2) amenant quelquefois l'oblitération de leur lumière (*thrombus hyalin* de Rokitansky).

L'inflammation de l'ovaire se généralise très fréquemment, comme nous l'avons déjà vu, sur leur surface externe et provoque la formation des adhérences de l'ovaire avec les parties avoisinantes. Dans ces cas de propagation des inflammations aseptiques sur la surface de l'organe, les adhérences qui se forment avec le péritoine de la cavité de Douglas, du ligament large, et quelquefois avec l'intestin, se présentent généralement sous la forme de pseudo-membranes très ténues, se déchirant facilement, ne contenant pas de vaisseaux, d'un calibre plus ou moins marqué.

A la longue ces pseudo-membranes s'atrophient et sous l'influence des mouvements des organes du petit bassin, se déchirent très facilement. Ces pseudo-membranes auront un tout autre aspect quand la péri-oophorite sera la conséquence d'une périmétrite latérale due à un processus infectieux, ayant débuté dans la trompe, ou dans l'ovaire lui-même, comme cela se voit, par exemple (dans le cas d'infection blennorrhagique ou septique ; la formation des membranes dans ces cas est très active, elles euveloppent l'o-

---

(1) Koliogo. *Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des ovaires*. Th. de St-Pétersbourg, 1882.

(2) Nagel. *Loc cit.*, p. 353.

vaire et le pavillon de la trompe, il est bien difficile alors d'isoler l'organe de cette coque fibrineuse.

Étiologie.

L'inflammation des ovaires est une des affections les plus fréquentes des organes génitaux de la femme. Elle peut affecter l'ovaire primitivement ou secondairement, au cours d'affections générales ou comme épiphénomène d'un processus inflammatoire diffus des organes génitaux internes. Le plus souvent l'inflammation se développe secondairement. Presque toutes les maladies infectieuses provoquent des processus inflammatoires dégénératifs dans le parenchyme de l'ovaire. L'ovarite parenchymateuse a été constatée sur les cadavres de sujets morts des suites de la fièvre typhoïde, du typhus exanthématique, de la fièvre récurrente, du choléra, de la scarlatine (1) et de quelques formes d'infections septiques. Ivanovsky a trouvé l'oophorite parenchymateuse dans le cas de processus syphilitique. L'intoxication par quelques poisons provoque aussi des inflammations aiguës du parenchyme ovarien. Ces oophorites parenchymateuses, par intoxication, ont été constatées dans les cas d'empoisonnement par le phosphore, l'arsenic, le mercure, l'acide cyanhydrique et la morphine. L'ovarite parenchymateuse peut se développer, au cours d'une péri-oophorite septique, de même le parenchyme peut s'enflammer au cours d'une inflammation interstitielle diffuse.

L'oophorite interstitielle diffuse ne se rencontre que dans la période post-puerpérale. Les formes graves, telles que l'oophorite nécrotique et l'oophorite suppurative, s'observent exclusivement dans le cas d'infection septique, après un accouchement ou un avortement; dans ces conditions, elles ne sont qu'une des localisations d'un processus généralisé sur tous les organes génitaux internes. En dehors des formes

(1) LEBEDINSKY. *Journal de méd. milit.*, 1877.—VASILIEFF. De la Diphtérie. *Journal du prof. Roudneff*, t. VIII. — KOLIAGA. *Loc. cit.*

inflammatoires interstitielles diffuses, on constate quelquefois des processus localisés seulement au pourtour de quelques follicules plus développés (oophorite interstitielle circonscrite); cette forme d'oophorite interstitielle peut se développer aussi sous l'influence de l'infection blennorrhagique en dehors de l'état puerpéral.

La généralisation de l'inflammation blennorrhagique de la muqueuse utérine par les trompes sur les ovaires est un fait qui n'est pas du tout rare. Jadis, d'une manière toute analogue, se faisait la généralisation sur l'ovaire des inflammations septiques de la matrice et des trompes, provoquées par des manœuvres intra-utérines, faites sans précautions antiseptiques suffisantes (l'introduction d'une sonde, la dilatation du col, etc., etc.).

A titre de fait très rare, mais qu'il est nécessaire de mentionner, il faut citer encore les oophorites interstitielles diffuses se développant dans les mêmes conditions, mais seulement au cas d'infection d'une grande intensité.

Les péritonites du petit bassin, localisées, d'origine septique, se généralisant sur la surface externe de l'ovaire, peuvent aussi, à leur tour, donner lieu à la formation des oophorites interstitielles localisées. La source primitive de ces périovarites peut se trouver dans toutes sortes d'affections, occupant le canal génital (cancer du col) ou les organes voisins (rectum).

L'inflammation primitive de l'ovaire a toujours les caractères d'un processus de nature aseptique; elle est généralement localisée et très limitée. Elle peut se développer à la suite d'une hyperhémie de longue durée de la couche périfolliculaire.

Dans l'étiologie de ces ovarites, nous devons ranger toutes sortes d'influences nocives agissant pendant la période menstruelle; le refroidissement subit des pieds, ou d'une surface plus grande du corps, la fatigue musculaire (la danse), les occupations assidues et par trop prolongées à l'école. Les relations sexuelles irrégulières, amenant une

hyperhémie des ovaires très tenace sont des moments étiologiques qui se rencontrent très fréquemment dans les antécédents des malades atteintes d'ovarite. Nous pouvons ranger parmi les causes de ce genre : le coitus reservatus, l'onanisme, l'impotence incomplète du mari. Les excès sexuels peuvent être aussi la cause d'inflammation aseptique de l'ovaire, cause qu'on rencontre assez souvent chez les jeunes mariées dans les premiers mois du mariage et après les coitus sub-menstruatione.

L'hyperhémie des organes du petit bassin, débutant sous l'influence de causes psychiques peut aussi donner lieu à des inflammations de l'ovaire. Le travail prolongé des deux jambes, pour faire marcher la machine à coudre, provoquant une irritation très forte des organes génitaux externes et un état érotique, peuvent, comme l'a observé Gallard, donner lieu, en présence d'autres causes prédisposantes, à des inflammations des ovaires. Les auteurs américains invoquent, comme cause des oophorites chez des jeunes filles, la position assise par trop prolongée, jointe à un état d'excitation nerveuse, pendant les occupations trop assidues du piano. L'hyperhémie passive des ovaires, qui s'établit dans le cas de positions vicieuses de l'utérus (rétroflexion), de torsion incomplète du mésoovarium, également chez les cardiaques, chez les malades atteintes d'affections chroniques du poumon, et d'autres organes donnant lieu à de vastes hypostases, cette hyperhémie peut aussi être le point de départ des oophorites aseptiques. L'oophorite peut être la conséquence d'un traumatisme grave, ayant provoqué une périmétrite ou une périoophorite aseptique (1).

L'observation au lit de la malade nous fait admettre, sans les classer, sous une forme anatomique bien précise, les oophorites liées au rhumatisme, aux oreillons et à quelques formes d'angine.

---

(1) LAWSON TAIT. *Diseases of the ovaries.* New-York, 1883, p. 97.

La relation qui existe entre les inflammations de la glande parotide et du testicule chez l'homme, ne peut être encore bien démontrée pour l'ovaire. Quelques observations toutes nouvelles démontrent bien pourtant, qu'il y a un certain lien étiologique entre les processus inflammatoires de ces deux glandes. Les parotidites secondaires se développent très fréquemment après diverses affections de l'ovaire ; j'ai relaté moi-même un cas de mon observation, où, après un abcès de l'ovaire qui s'ouvrit dans la vessie (1), se développa une parotidite avec nécrose, terminée par la mort.

M. Duncan (2), invoque l'alcoolisme comme une des causes d'oophorite. L'oophorite tuberculeuse est généralement secondaire et se développe chez les phtisiques, où elle est le résultat de l'extension d'une salpingite tuberculeuse.

(*A suivre.*)

REMARQUES CLINIQUES ET OPÉRATOIRES SUR UNE SÉRIE DE TRENTE LAPAROTOMIES (3)

Par MM. **Pozzi**, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, **De Lostalot-Bachoué** et **Baudron**, internes des hôpitaux.

E. — PYOSALPINX

Obs. I (résumée). — *Pyosalpinx double. — Laparotomie. — Guérison.* — La nommée Hélène Chat..., âgée de 21 ans, lit n° 17.

Réglée à 16 ans toujours régulièrement mais avec douleurs Blennorrhagie en 1887. Syphilis en 1888. Nouvelle blennorrhagie en juin 1888. Depuis cette époque, douleurs abdominables vives surtout au moment des règles. Leucorrhée abondante. Mictions douloureuses. La malade a maigri. Léger mouvement fébrile tous les soirs.

Diagnostic. Endométrite, double pyosalpinx blennorrhagique.

Laparotomie le 20 mai 1889 par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service. Ablation des annexes

---

(1) *Arch. f. Gyn.*, III, p. 192.

(2) M. Duncan. *Diseases of women.* London, 1883, p. 200.

(3) Voir les *Annales de Gynécologie*, Avril 1890.

transformées en un petit sac de pus adhérent des deux côtés. — Pas de lavage, ni drainage. Durée de l'opération 30 minutes.

Réunion par première intention, quinze jours après la laparotomie curettage du l'utérus. La malade sort complètement guérie le 23 juin 1889.

Obs. II (résumée). — *Pyosalpinx double. — Laparotomie. — Guérison.* — La nommée D..., Marie, 19 ans, couchée lit n° 4. Réglée à 13 ans toujours normalement, grossesse à 17 ans ; accouchement à terme. Il y a 3 mois 1/2, vaginite blennorrhagique. Presque aussitôt, douleurs vives dans tout l'hypogastre s'irradiant sur les cuisses et les reins, s'exaspérant par la fatigue et les règles. En même temps, fièvre, nausées, constipation ; amaigrissement considérable.

Diagnostic : Pyosalpinx double.

Laparotomie le 15 juin 1889 par M. Pozzi assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes. Incision de 4 centimètres. Ablation des annexes suppurées, du volume d'un œuf de poule, des deux côtés. Ni lavage péritonéal, ni drainage. Durée de l'opération 25 minutes. Aucune réaction fébrile, réunion par première intention. Curettage de l'utérus 15 jours après la laparotomie. La malade quitte l'hôpital guérie le 18 juillet.

Obs III (résumée). — *Pyosalpinx double. — Laparotomie. — Guérison.* — Mme Bers..., âgée de 34 ans a été réglée à 14 ans, mariée à 18 ans, pas d'enfants. Douleurs abdominales depuis l'âge de 20 ans. Leucorrhée abondante jamais de métrorrhagie.

A 29 ans premier curettage fait à Buenos-Ayres ; puis pendant trois ans, deux fois par semaine, cautérisations du col. Durant cette période la malade eut six poussées de pelvi-péritonite.

M. Pozzi fait le 15 juin un curettage utérin qui amène un soulagement notable et supprime la leucorrhée ; mais les douleurs au bout de quatre mois réapparaissent aussi vives.

Laparotomie le 17 octobre 1889 par M. Pozzi assisté de MM. Laffitte et Baudron internes du service. Incision de 6 cent. Résection de 10 cent. carrés d'épiploon adhérent à l'intestin et au pubis et que le décollement a dilacéré. Ablation des annexes des deux côtés. Les deux trompes sont suppurées, transformées en kystes. Mais le pus qu'elles contiennent est séreux, opalescent, et les poches tubaires, de la grosseur du pouce, sont à parois très minces ; lésions évidemment anciennes. En pressant la trompe droite, on fait écouler par la

surface de section une cuillerée environ d'un liquide séro-purulent. La trompe gauche est très adhérente. Ni lavage ni drainage. Durée de l'opération 30 minutes. Aucune réaction fébrile. Réunion par première intention. La malade est complètement rétablie un mois après l'opération. Elle part pour son pays ne souffrant plus.

OBS. IV (RÉSUMÉE). — *Pyosalpinx double. — Laparotomie. — Guérison.* — La nommée Victorine R..., blanchisseuse, âgée de 25 ans, salle Pascal A, lit n° 9. Réglée à 14 ans, toujours normalement. Première grossesse à 21 ans. Deuxième à 23 ans. Il y 15 mois fausse couche de 2 mois. Depuis cette époque douleurs dans le bas-ventre et leucorrhée abondante.

Le 11 juin 1889 M. Pozzi lui fait un curettage utérin et l'amputation du col par le procédé de Schrœder; elle quitte l'hôpital le 1er juillet fort améliorée et reprend son travail. Elle rentre de nouveau le 16 juillet avec des douleurs extrêmement violentes surtout accusées du côté gauche.

Diognostic. Pyosalpinx double.

Laparotomie le 5 août 1889 par M. Pozzi assisté de MM. Laffite et Baudron, internes du service.

Incision de 5 cent. Ablation des annexes des deux côtés. Les deux trompes sont suppurées, kystiques, elles dépassent le volume du pouce. Ni lavage ni drainage. Durée de l'opération 25 minutes. Suites opératoires très simples. Pas de fièvre, réunion par première intention.

La malade quitte l'hôpital le 18 août complètement guérie.

Elle a été revue récemment et se porte à merveille.

OBS. V (RÉSUMÉE). — *Pyosalpinx double. — Laparotomie. — Mort.* — La nommé For., Marie, porteuse de pain, entre à l'hôpital Pascal le 2 juin 1889 et est couchée au lit n° 12. Réglée à 18 ans, toujours régulièrement. Mariée à 22 ans. Grossesse à 23 ans. Accouchement à terme.

Le 15 mai, à la fin de ses règles, la malade a été mouillée et refroidie dans la matinée. Le soir même, douleurs abdominales vives. fièvre violente, vomissements, ventre météorisé et douloureux. Elle garde chez elle le lit pendant 8 jours, puis entre dans le service de M. Pozzi qui diagnostiqne un double pyosalpinx.

Laparotomie le 6 juin 1889 par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Laffitte, internes du service. Incision de 6 cent. La trompe droite

du volume d'une orange est décortiquée, ponctionnée (elle contient un demi-verre de pus) puis enlevée. La trompe gauche se rompt pendant les manœuvres de décortication et le pus qu'elle contient s'épanche dans le péritoine. Une fois qu'elle est enlevée M. Pozzi fait la toilette du péritoine très soigneusement à l'aide de compresses éponges et referme le ventre.

L'opération a duré 40 minutes. Mort par péritonite au matin du 4e jour.

Obs. VI (résumée). — *Pyosalpinx droit. — Salpingite parenchymateuse gauche. — Laparotomie. — Guérison.* — La nommée Dédoy..., Amélie, femme de chambre, lit n° 14. Réglée à 16 ans régulièrement, grossesse en 1884. Accouchement à terme, syphilis en 1888.

Au mois de septembre 1889, au moment de ses règles la malade fut prise de vives douleurs dans l'abdomen. Depuis trois semaines elles se sont exaspérées surtout à droite. La malade a maigri, tous les soirs la température s'élève à 38°,5 ; 39°.

Diagnostic. Pyosalpinx droit ; à gauche, salpingite sans collection intra-tubaire.

Laparotomie, le 1er décembre 1889 par M. de Lostalot, interne du service. Incision de 7 centimètres. La trompe droite très adhérente, du volume d'une orange, est très adhérente au cul-de-sac de Douplas et à une anse intestinale. Elle contient un verre de pus. A gauche, la trompe est plus adhérente encore. En la décortiquant on rompt l'ovaire qui contient un gros caillot sanguin fibrineux. Ablation des annexes des deux côtés. Le ventre est refermé sans lavage ni drainage. L'opération a duré 30 minutes. Suites opératoires simples. Pas de réaction fébrile. Réunion par première intention.

L'examen du pus fait au laboratoire de M. Straus par M. Würtz a démontré qu'il s'agissait d'une oophorosalpingite simple non tuberculeuse.

La malade a été curettée 22 jours après sa laparotomie. Elle quitte l'hôpital le 20 janvier complètement rétablie. A peine ressent-elle quelques légères douleurs dans le côté gauche.

Obs. VII (résumée). — *Pyosalpinx double. — Laparotomie. — Guérison.* — La nommée Rob..., Marguerite, âgée de 28 ans, couturière est couchée au lit n° 11 *bis*. Réglée à 12 ans toujours d'une façon régulière. Mariée à 19 ans.

1er accouchement à 21 ans, 2e à 23 ans, 3e à 24 ans, 4e à 27 ans. Depuis son deuxième accouchement la malade souffre dans le bas-ventre et a des pertes blanches. Depuis le dernier accouchement les douleurs sont plus vives, surtout à droite, les règles sont irrégulières et très abondantes (elles durent de 8 à 15 jours).

Amaigrissement notable, anorexie, digestions pénibles, sommeil agité, accès fébriles fréquents. Cœur et poumons sains.

Diagnostic : Pyosalpinx double.

Laparotomie, le 26 octobre 1889, par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Baudron, internes. Incision de 5 cent. Ablation des deux trompes suppurées kystiques, du volume du pouce, adhérentes. Durée de l'opération 25 minutes. Aucune réaction fébrile. Réunion par première intention.

La malade quitte l'hôpital *sur sa demande* 17 jours après l'opération éprouvant encore quelques douleurs du côté droit. Elle a été revue le 6 janvier. Elle est complètement guérie.

Plusieurs de ces cas sont relatifs à des poches très adhérentes, qui, naguère encore, auraient été considérées comme ne pouvant pas être décortiquées sans danger. Beaucoup des observations publiées par différents auteurs sous le nom d'*abcès pelviens* et traitées par l'incision simple après la laparotomie sont relatives à des cas de cet ordre.

Il est inutile d'insister sur l'avantage qu'il y a à extraire une poche purulente toutes les fois qu'on le peut. Les résidus cicatriciels que donne la guérison effectuée après la simple évacuation sont, en effet, par eux-mêmes une cause de douleurs prolongées.

Il est préférable, quand on le peut, d'évacuer les pyosalpinx par ponction aspiratrice puis de les décortiquer ; cette dernière partie de l'opération est ainsi rendue plus difficile, mais moins dangereuse.

L'effusion du pus dans le péritoine commande le lavage et le drainage. M. Pozzi a eu à se repentir de s'être éloigné de cette règle de conduite (observ. V) ; il avait été pousssé à cette abstention par une récente discussion de la Société de chirurgie.

Dans les pyosalpinx, il serait important de distinguer les

collections constituées par du pus de nouvelle formation ayant conservé toutes ses qualités virulentes, et celles où le pus après un long séjour (observ. III) s'est dépouillé par une sorte de travail de clarification d'une partie de ses éléments solides et, par la mortification de ses microbes, de son pouvoir infectant ; de nombreuses observations tendent à démontrer que c'est là le processus de formation d'un grand nombre d'hydrosalpinx. L'effusion du liquide dans la cavité péritonéale très grave dans le premier cas, ne l'est presque pas dans le second.

F. — ABCÈS PELVIENS

Ce nom doit être réservé aux collections purulentes non énucléables du petit bassin, quelle que soit du reste leur origine (pyosalpinx invinciblement adhérent, péri-métro-salpingite, hématocèle ou kyste inclus suppuré).

OBS. I (RÉSUMÉE). — *Abcès pelvien avec fistule rectale. — Laparotomie. — Tamponnement antiseptique du péritoine. — Guérison.* — La nommée Marie G..., âgée de 56 ans, couchée lit nº 26. Réglée à 13 ans toujours régulièrement, mariée à 26 ans. Pas d'enfants, pas de fausse couche. Il y a cinq ans, elle se refroidit au moment de ses règles, celles-ci s'arrêtent brusquement : en même temps, la malade est prise d'une violente douleur à l'hypogastre, de frissons répétés, d'une fièvre vive, puis apparaissent des vomissements porracés, du météorisme. Cet état dure 15 jours. Nouvelle poussée 3 mois après; depuis lors les règles sont peu abondantes et très douloureuses. Nouvelle poussée au mois de juin 1889 ; au bout de 15 jours, la malade rend par le rectum une grande quantité de pus. Depuis lors les selles sont plus ou moins purulentes. Amaigrissement considérable, anorexie vomissements fréquents, légère constipation, cœur et poumon sains, urines normales.

Laparotomie par M. Pozzi, assisté de MM. Laffitte et Baudron internes du service, fin novembre 1889. Incision de 6 cent. En décortiquant la trompe gauche, on ouvre un abcès qui contient un demi-verre de pus épais très fétide. Ponction de la trompe kystique qui contient 200 gr.de pus. Elle est enlevée. A gauche les annexes

forment une masse fibreuse dans laquelle ovaire et trompe sont confondus, formant paroi d'un foyer purulent. M. Pozzi renonce à les enlever. Lavage du péritoine, drainage vaginal avec le tube en T, drainage abdominal avec le sac Mickulicz. Durée de l'opération, 40 minutes. Suites simples. Aucune réaction fébrile. Réunion par première intention de la portion suturée de la plaie abdominale. Le tamponnemeni de Mickulicz est enlevé au 9e jour, et le tube en T le 24e jour.

La malade quitte l'hôpital le 10 janvier. Actuellement elle est complètement rétablie, la plaie abdominale est refermée. Elle a repris de l'embonpoint et est méconnaissable.

Obs. II (résumée). — *Abcès pelvien. — Épiploïte avec énorme épaississement et adhérences. — Laparotomie. — Tamponnement antiseptique du péritoine. — Guérison.* — La nommée Marie Did..., âgée de 23 ans, lit n° 17. Réglée à 11 ans régulièrement. Jamais de grossesse ni de fausse couche.

Au mois de juillet 1889 douleurs dans le bas-ventre surtout à droite. Tous les soirs fièvre, frissons. La malade a maigri énormément ; anorexie complète, nausées et vomissements, diarrhée, température vespérale varie entre 38° et 39°. Tout le petit bassin est rempli de masses ligneuses qui immobilisent complètement l'utérus et qu'on sent distinctement par la palpation abdominale, surtout à droite.

Diagnostic. Pyosalpinx droit avec périsalpingite considérable ; à gauche vestiges de lésions salpingiennes et périsalpingiennes plus ou moins anciennes.

Laparotomie le 22 novembre 1889 par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service. Incision de 8 cent. On tombe à droite sur une masse dure qui n'est autre que l'épiploon enflammé, énormément épaissi et très adhérent à l'intestin. Au-dessous, on sent la trompe volumineuse, rénitente, fixée de tous côtés. En la libérant, M. Pozzi crève avec les doigts plusieurs foyers de péri-salpingite suppurée. La trompe décortiquée est excisée ; elle ne contenait pas de pus, mais offrait un épaississement charnu considérable ; l'ovaire, par contre, du volume d'un œuf, était suppuré.

A gauche, les annexes sont perdues dans une masse inflammatoire dure occupant tout le ligament large. M. Pozzi les abandonne.

Lavage du péritoine. Drainage abdominal avec le tamponnement Mickulicz dans le cul-de-sac de Douglas. Une lanière de gaze iodoformée est placée au niveau des masses épiploïques. Durée de l'opération, 35 minutes.

L'examen des pièces fait par M. Gombault a démontré qu'il ne s'agissait pas d'une lésion tuberculeuse, ainsi que les phénomènes cliniques l'avaient fait craindre.

Pendant les 14 jours qui suivirent l'opération la température s'est maintenue à 38°, 38°,5. Puis elle est tombée à 37°. Le tamponnement est enlevé au 5e jour. Au 6e jour, apparition d'une fistulette pyo-stercorale qui se ferme spontanément le 18e jour. Le 15 janvier 1890, la plaie abdominale est cicatrisée et la malade complètement guérie et ayant repris de l'embonpoint va quitter l'hôpital.

OBS. III (RÉSUMÉE). — *Abcès pelvien ouvert dans le rectum. — Laparotomie. — Tamponnement antiseptique et drainage. — Guérison.* — La nommée Marguerite Les..., âgée de 21 ans, couchée au lit n° 23.

Réglée à 14 ans, normalement pendant un an. A la suite d'un refroidissement menstruation irrégulière et extrêmement douloureuse. Leucorrhée abondante entre deux époques. A 17 ans chute à plat ventre d'une hauteur de 2 mètres, suivie d'une poussée de péritonite qui dura 6 semaines.

De 19 à 20 ans, rémission presque complète des symptômes. Au mois d'août 1889, nouvelle poussée ; évacuation d'une grande quantité de pus par le rectum à la fin d'août. Depuis lors, les selles sont toujours purulentes. Malade amaigrie, anémiée. Tous les soirs température variant entre 38° et 39°. Aucun signe de tuberculose pulmonaire. La malade est vierge.

Diagnostic : Pyosalpinx double, fistuleux, et péri-salpingite suppurée.

Laparotomie le 16 janvier 1890 par M. Pozzi assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes du service.

Abcès péri-salpingien du côté droit contenant un demi-verre de pus très fétide. L'abcès pelvien formé autour de la trompe, dont on ne peut retrouver que des vestiges, forme une poche du volume d'une grosse orange. L'ovaire gauche est suppuré. Ablation des annexes des deux côtés. Lavage du péritoine. Tamponnement an-

tiseptique du péritoine à la gaze iodoformée (Mickulicz). Durée de l'opération, 45 minutes.

Le tamponnement est enlevé au 6e jour ; on constate la formation d'une fistulette pyo-stercorale. Actuellement, 8 février, cette fistule s'est spontanément fermée. La malade est en pleine convalescence.

Les trois cas d'abcès pelviens qui sont rapportés ici sont relatifs à la variété la plus fréquente, c'est-à-dire pyosalpinx avec péri-salpingite suppurée.

Ils ont été traités par le nettoyage de la cavité et le tamponnement antiseptique avec la gaze iodoformée. C'est pour M. Pozzi le procédé ordinaire en pareil cas. Une fois, ce tamponnement a été combiné avec le drainage vaginal au moyen d'un tube en croix placé dans le cul-de-sac de Douglas qui était particulièrement infecté.

Il faut noter que plusieurs de ces opérations ont été faites en plein état fébrile. La gravité de l'état général, loin d'être une contre-indication opératoire, est au contraire une indication pressante.

Signalons les masses considérables d'épiploïte existant chez la malade de l'observ. II ; leur aspect rappelait celui des lésions tuberculeuses. Elles étaient intimement adhérentes aux anses intestinales ; leur disparition a été très rapide grâce au tamponnement fait à leur niveau. Chez cette même malade, il existait un foyer d'ovarite suppurée non adhérente à la trompe qui était simplement atteinte de salpingite chronique hypertrophique. Il est probable que celle-ci était le reliquat d'une salpingite suppurée ancienne. *(A suivre.)*

REVUE CLINIQUE

GROSSESSE GÉMELLAIRE — HYDRAMNIOS — PONCTION GUÉRISON

Par **G. Phocas**, professeur agrégé de la Faculté de Lille.

L'hydramnios est une affection rare et dont le diagnostic a souvent embarrassé les chirurgiens. Un kyste uniloculaire de l'ovaire peut se présenter avec le même appareil sympto-

matique et les symptômes de la grossesse peuvent être masqués par le développement du liquide amniotique.

Déjà Charpentier (1) et Tillaux (2) ont insisté sur ces difficultés. Tillaux, ayant eu l'occasion d'examiner une femme qui lui fut envoyée à l'Hôtel-Dieu, a pu faire chez elle le diagnostic d'hydramnios en se basant sur la constatation d'une portion dure de la tumeur abdominale, portion qu'il ne pouvait plus découvrir à quelques jours d'intervalle. Il en a conclu que l'utérus était le seul organe qui pût donner lieu à un phénomène semblable. Ces alternatives de dureté et de mollesse d'une partie ou de la totalité de la masse abdominale ne peuvent s'expliquer que par les contractions utérines et ce signe est suffisant pour fixer le diagnostic dans les cas douteux.

Dernièrement j'ai eu l'occasion de retrouver et de vérifier ce signe au milieu de circonstances assez bizarres et qui méritent d'être racontées.

Le 4 octobre 1889 je fus appelé auprès d'une femme demeurant à la Chapelle. Les antécédents pathologiques de la malade sont nuls. Elle n'a jamais fait de maladie grave. Elle a eu trois grossesses qu'elle a bien menées à terme. Son dernier enfant est âgé de dix mois.

Depuis sa dernière couche elle n'a vu qu'une seule fois ses règles, il y a environ huit mois. Quelques mois après ce retour de couches, elle a ressenti les mêmes troubles qu'au moment d'une grossesse, troubles qu'elle connait bien pour les avoir souvent éprouvés.

A 4 mois de cette prétendue grossesse, elle a senti remuer l'enfant. Tout allait bien et elle n'attendait que l'écoulement de ses neuf mois pour accoucher, quand il y a un mois environ, vers le milieu de septembre, son ventre qui n'était que médiocrement distendu, s'est mis tout d'un coup à enfler. En quinze jours il a

(1) CHARPENTIER. *Traité d'accouchements*, 1883 et Arch. de tocologie, 1880. Voir également sur ce sujet, G. LEPAGE. *De la ponction de l'utérus par la paroi abdominale dans l'hydropisie de l'amnios*, Annales de gynécologie, T. XXX, p. 257. (Note de la Réd.)

(2) TILLAUX. *Chirurgie clinique*, t. II, p. 183.

pris de grandes proportions ; les jambes ont gonflé, et la respiration devint par moments difficile. Justement inquiétée par ces symptômes insolites, elle fit appeler un médecin qui, après l'avoir traitée de son mieux, l'a engagée à entrer à l'hôpital dans un service d'obstétrique. Elle se présenta donc à l'hôpital Lariboisière, où elle fut admise pendant quelques jours.

Sur ces entrefaites, son mari, que je connaissais de longue date, vint me trouver pour me demander si je voulais me charger du traitement de sa femme. J'acceptai. Le soir même madame X... demandait son *exeat*, et je pouvais l'examiner chez elle.

Il s'agit d'une femme maigre ; les traits sont tirés, les cheveux blanchis, la respiration difficile. Les jambes sont enflées.

L'abdomen est énormément distendu. Il est proéminent en avant avec une certaine dépression au niveau des flancs. Il paraît aussi plus développé à droite qu'à gauche. La peau est distendue ; elle est parcourue de quelques veines dans la région sus-ombilicale. L'ombilic n'est pas déplissé. La distance qui le sépare du pubis est plus grande que celle qui le sépare de l'appendice xiphoïde ; enfin, une ligne brunâtre se dessine de l'ombilic au pubis.

A la palpation on sent une tumeur tendue, qui s'étend jusqu'au niveau de l'appendice xiphoïde à 2 travers de doigt au-dessous de cette apophyse. Mais on ne parvient pas à coiffer avec le bord cubital de la main l'extrémité supérieure de cette tumeur à cause de la distension de la peau.

La consistance de cette tumeur est uniforme ; elle est légèrement dépressible. Mais on n'arrive pas à sentir de parties fœtales.

La recherche de la fluctuation est pratiquée suivant la manière habituelle. On a une sensation de flot si facilement transmissible d'un point à un autre de la paroi abdominale, qu'on croirait être en présence d'une véritable ascite.

A la percussion l'abdomen est mat. Cette matité arrive en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde. A ce niveau elle est remplacée par la sonorité normale. Elle se termine suivant une ligne courbe à convexité supérieure et disparaît de chaque côté au niveau des flancs. Elle se maintient dans ces limites, malgré le changement de position que nous imprimons à la malade.

A l'auscultation nous ne trouvons rien qui ressemble à des battements fœtaux ou à un souffle.

Par le toucher vaginal nous arrivons sur le col qui est élevé, et, circonstance importante à noter, mou et entr'ouvert. Le bout de l'indicateur pénètre dans l'orifice externe. Pas de ballottement.

Une dépendance paraît exister entre la tumeur et la matrice et les mouvements imprimés à l'une paraissent se transmettre un peu à l'autre.

Diagnostic. — J'éliminai rapidement l'ascite, malgré la fluctuation superficielle, et conclus à l'existence d'une tumeur enkystée et liquide. Relativement à cette tumeur trois hypothèses ont germé dans mon esprit : l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire simple. Celle d'un kyste ovarique compliquant une grossesse. Celle d'une hydramnios.

J'avoue que, malgré l'histoire de la malade et les signes du toucher, et malgré cette fluctuation embarrassante à force d'être superficielle, malgré tout cela, l'idée du kyste me parut plus probable, l'hydramnios étant une affection bien rare.

Une ponction vint me démontrer l'existence d'une hydramnios de la façon suivante :

La ponction de la poche était absolument indiquée.

Les troubles respiratoires, le gonflement des jambes, la faiblesse de la malade, tout cela dictait une intervention et une intervention rapide. Le seul moyen de soulager immédiatement cette femme était de pratiquer une ponction évacuatrice que je me décidai à faire séance tenante. Après avoir pris les précautions d'usage, j'ai choisi un endroit de l'abdomen situé au-dessous de l'ombilic à deux travers de doigt sur la ligne oblique qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure et, hardiment, j'y enfonçai le trocart de l'appareil Dieulafoy.

C'est le trocart le plus gros que j'avais à ma disposition. Après avoir retiré la pointe, je laissais la canule en place et vis baver un peu de liquide ; rapidement, j'y ajustai l'appareil aspirateur et je pompai. Ma surprise fut grande de constater que je venais de faire une *ponction blanche.* Ma main gauche, placée à proximité de la canule, a senti aussi en ce moment une certaine dureté, à laquelle je n'attachai pas l'importance qu'elle méritait. Je fis ce qu'on fait en pareille circonstance, je déplaçai la canule, la dirigeant un peu dans tous les sens ; j'attendis deux ou trois minutes ; ce fut en vain. J'étais un peu honteux devant les nombreux récipients que j'avais fait préparer en prévision de ma future prise. Je retirai la

canule, et après avoir appliqué un peu de collodion sur la plaie du trocart, je me remis à étudier ce singulier ventre. La fluctuation évidente venait de nouveau donner un démenti formel à ma malheureuse ponction. Renonçant pour le moment à l'explication de cette discordance entre le symptôme et les résultats, je me suis dit que le liquide existait et qu'il fallait l'avoir ; aussitôt nouveaux lavages, *nouvelle ponction.*

Cette fois la ponction fut pratiquée près de la ligne médiane et à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le vide était fait et le liquide ne tarda pas à remplir une première fois l'appareil.

L'appareil fut rempli plusieurs fois de suite, mais de temps en temps l'écoulement du liquide se ralentissait et s'interrompait même complètement. Ce n'était pas cependant faute de liquide. Au moment de ces interruptions la main posée sur l'abdomen recevait l'impression *d'un corps qui durcit* peu à peu et arrive au maximum de dureté au moment précis où le liquide cesse de couler. La cessation de la dureté et du gonflement coïncidait avec la réapparition abondante du liquide et cela, indépendamment de tout appel par le vide. Je ne pouvais m'empêcher de rapprocher ces interruptions momentanées coïncidant avec le durcissement partiel du ventre, de la ponction blanche de tout à l'heure, qui avait aussi coïncidé avec une dureté de l'abdomen. Du reste ce durcissement s'est manifesté finalement à la vue sous forme de gonflement appréciable et limité. Il n'y avait plus à douter.

L'utérus seul pouvait être le siège de pareilles *contractions;* mon trocart était dans la matrice.

J'évacuai 4 litres environ de liquide et laissai le reste. La malade s'est trouvée très soulagée. Elle fut même tellement améliorée que j'ai eu toutes les peines du monde pour lui faire garder le lit trois jours.

Les jambes ont diminué rapidement de volume le 4[e] jour, la malade s'est levée et a vaqué à ses occupations.

Je suis retourné la voir depuis de temps en temps. Elle se trouve totalement soulagée, le ventre a beaucoup diminué, l'appétit est revenu ainsi que les forces. Elle attend avec patience son accouchement.

Le liquide fut analysé par M. Mercier.

Analyse n° 2101 (liquide de ponction).

Quantité (remise à l'analyse) 223 c.c.

Aspect louche, limpide par filtration.

Couleur correspondant au type n° 2 de la gamme des couleurs de Neubauer et Vogel (jaune clair).

Odeur : faible, presque nulle.

Réaction acide faible au tournesol.

Densité, 1000,3 à la T. de + 15.

Examen microscopique. — Cellules épithéliales pavimenteuses (peu). Vibrions.

Extrait sec à + 100 : 13 gr. 70 par litre.

Eau, 994 gr. 80 par litre.

Sels minéraux anhydres.	11 gr. (dont 6 gr. 50 NaCl 2).
Albumine	2 gr. 80.

(Globuline. Peptone. Hydropisine. Fibrine. Mucine. Sucre. Urée. Mat. grasses, *néant.*)

P. S. — Le 12 novembre au soir Mme X... mit au monde deux enfants du sexe masculin, l'un vivant, l'autre mort depuis quelque temps.

De ce fait instructif je ne veux retenir que les trois points suivants :

I. — La confirmation du signe donné par Tillaux pour le diagnostic d'une hydramnios : « lorsqu'une tumeur liquide de la cavité abdominale présentera à sa surface des alternatives de dureté et de mollesse, sur une partie ou sur la totalité de la masse, c'est qu'il s'agit de l'utérus distendu » (*loco citato*).

Les contractions, dans l'observation de Tillaux, furent provoquées par le palper ; et par la ponction, la main appliquée sur la tumeur a senti un durcissement en masse ; dans notre observation, le palper n'a pas provoqué de contractions sensibles ; ces contractions sont devenues visibles et tangibles pendant que le trocart était dans la tumeur.

II. — Il résulte de notre observation qu'aux alternatives de dureté et de mollesse qu'une hydramnios peut présenter à sa surface, il faut ajouter les alternatives d'écoulement et d'arrêt du liquide pendant la ponction. Et ces derniers phénomènes peuvent aller assez loin pour simuler *une ponction blanche.*

Que ces intermittences dans l'écoulement soient en rapport avec les intermittences de contraction, cela ne peut faire aucun doute dans mon esprit. La simultanéité des deux phénomènes a été constatée par moi à plusieurs reprises, d'une façon indubitable. Mais je serais plus embarrassé s'il me fallait pénétrer le rapport qui a lié si intimement ces deux symptômes.

III. — Enfin je crois pouvoir conclure de ce fait et d'autres analogues, que peut-être la ponction abdominale est la meilleure conduite à tenir en face d'une hydramnios.

REVUE GÉNÉRALE

SUR LA NATURE DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Par **Victor Wallich**, interne des hôpitaux.

I. — On a compris jusqu'à ce jour sous le nom de fièvre puerpérale une série d'accidents survenant chez la nouvelle accouchée, variables comme intensité et comme formes, depuis cette légère élévation de température, appelée fièvre de lait, jusqu'à la péritonite purulente. Entre ces deux formes extrêmes on a placé la métrite puerpérale, la phlébite, la lymphangite utérine (Lucas-Championnière, Siredey, Fiouppe) conduisant aux accidents péri-utérins et à la péritonite, qui pour certains auteurs avait constitué toute la fièvre puerpérale.

Dès 1857, M. Dumontpallier dans sa thèse avait cherché à établir qu'il y avait quelque chose au delà de la lésion locale, dans la fièvre puerpérale des accouchées, qu'elle devait être assimilée à l'infection purulente, et à l'infection des blessés.

Depuis la thèse de M. Tarnier (1857), depuis le travail paru en 1861 de Semmelweiss, qui dès 1848 avait fait baisser la mortalité des femmes de son service dans des proportions

considérables, en prenant des précautions antiseptiques, les accidents puerpéraux ont été déclarés contagieux. Cette idée de contagion difficilement acceptée, ou même combattue, fut énergiquement défendue autrefois par Trousseau à l'Académie de médecine. Il rapprocha la fièvre puerpérale de la pyohémie des blessés, il dit que quelque chose, agent, ferment inconnu, s'ajoutait ici à la plaie chirurgicale, là à la plaie placentaire, que la fièvre puerpérale n'était pas le résultat d'une modification de l'organisme préexistant à toute lésion locale et qu'elle n'était pas non plus le fait seulement des lésions locales, phlébite ou lymphangite.

En effet, en 1879, M. Pasteur trouvait dans les lochies un microbe, du genre microcoque, se présentant sous l'aspect de points disposés en chaînettes : le streptococcus pyogenes.

A côté de ce microbe M. Doléris en découvrait trois autres en simple point, en double point et un microbe en forme de bâtonnet. Tandis que M. Doléris attribuait à chacune des variétés de ces microbes la faculté d'engendrer des formes différentes de fièvre puerpérale, MM. Arloing et Chauveau constataient, deux ans après, que le microbe en chaînette seul pouvait produire expérimentalement des septicémies différentes, qui pouvaient être comparées aux diverses formes de la fièvre puerpérale. Or ces diverses formes de la fièvre puerpérale n'étaient pas définies, personne n'aurait pu dire, en dehors des formes purulentes, où commençait où finissait la puerpéralité. Quant à la nature de la fièvre puerpérale, bien peu refusaient dans ces dernières années à admettre sa nature contagieuse, mais on n'était pas fixé sur l'agent parasitaire.

Était-ce le microbe en chaînette seul, vu par M. Pasteur, ou les espèces de microbes décrites par M. Doléris, ou encore la bactérie aperçue par quelques auteurs allemands.

II. — Dans son travail récent Widal (1) a établi que le

(1) FERNAND WIDAL. *Études sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens, et l'érysipèle.* Thèse, Paris, 1889.

streptococcus pyogenes, le microbe en chaînette signalé par M. Pasteur, pénétrant dans l'économie par l'utérus peut être le seul agent parasitaire de diverses formes de fièvre puerpérale, que sa virulence, variable suivant les conditions, suffit à expliquer la diversité des formes que l'on rencontre.

Ce microbe porté au niveau de la muqueuse utérine avec une infinité d'autres microbes, par des mains ou des instruments souillés, soit même par auto-infection, s'il préexiste dans le vagin, pénètre seul dans les vaisseaux lymphatiques et veineux de l'utérus. Widal a constaté que la muqueuse utérine bien qu'exfoliée après l'accouchement, joue vis-à-vis des autres microbes le rôle d'un véritable filtre.

Ce microbe qui vient, par une porte d'entrée utérine (voir planche I, fig. 1 et 2), de pénétrer dans l'économie, va y manifester sa présence par des phénomènes très divers depuis les petits jusqu'aux grands accidents de la puerpéralité. Ces accidents auront un cachet commun créé par l'état puerpéral lui-même, mais qui variera déjà devant les terrains différents que le microbe rencontrera sur telle ou telle femme, à terrain préparé par des conditions soit favorables, soit défavorables dans les circonstances qui ont précédé ou suivi l'accouchement. A côté des différents terrains que ce microbe pourra rencontrer, il faut tenir compte aussi de la virulence variable de ce microbe. Widal attache une très grande importance à l'action de cette virulence, qui peut être expérimentalement exaltée par le passage du microbe par inoculation dans le sang d'un lapin, atténuée par un séjour prolongé à l'air. Bien d'autres conditions, qui nous échappent encore, doivent modifier cette virulence, et doivent rendre les accidents dus à la présence du microbe tantôt bénins, tantôt graves, suivis ou non suivis de suppuration.

III. — Avant que l'on ait nettement déterminé la nature de l'agent parasitaire de la fièvre puerpérale, avant que l'on ait dit que cet agent était le streptocoque et souvent le streptocoque seul (Widal) on n'osait que timidement accorder le

nom redouté de fièvre puerpérale à d'autres accidents que ceux qui se manifestaient autour de l'utérus ou dans le péritoine, on ne pouvait croire à une fièvre puerpérale sans lésions, ni sans pus.

Aujourd'hui que la fièvre puerpérale a pris place parmi les maladies infectieuses, on sait, et Widal vient de le démontrer, que le microbe, l'agent de cette infection peut produire des accidents ailleurs que dans l'utérus et dans le péritoine, qu'il peut provoquer ou ne pas provoquer des lésions des tissus, qu'il peut suivant sa virulence être ou n'être pas pyogène, toxique ou non toxique. Pour en arriver à ces conclusions il fallait rechercher le streptocoque dans tous les cas où les suites de couches paraissaient troublées, dans tous les cas où la température s'élevait.

C'est d'abord dans les formes purulentes de la fièvre puerpérale que l'agent parasitaire a été recherché. Widal y a constamment rencontré le streptocoque, non seulement dans le pus, mais dans le sang, dans les viscères. Et dans cet envahissement général de l'organisme par le microbe, on peut constater que les tissus réagissent d'une façon différente en diverses régions chez un même sujet. C'est ainsi qu'on a pu voir le streptocoque infiltrer les vaisseaux utérins, sans former de pus dans l'utérus, pour aller en produire plus loin dans le péritoine, on a pu voir la présence de ce microbe être suivie de lésions histologiques, de dégénérescence dans les viscères, ou même d'aucune lésion. On a constaté en outre que dans les formes chroniques purulentes on finit par ne plus trouver dans le pus des abcès le streptocoque seul, mais au début de la formation de l'abcès celui-ci s'y est trouvé à l'état de pureté ; les autres microbes que l'on y rencontre plus tard sont le résultat d'une infection secondaire produite au niveau d'une autre porte d'entrée que l'utérus ; eschare, déchirure de la vulve et du vagin livrant passage dans deux cas de Widal au microbe d'Hallé et Albarran.

IV. — Jusqu'à ce jour, l'on a discuté sur la nature du mi-

crobe de la fièvre puerpérale, les recherches ont uniquement porté sur les formes purulentes et il restait une série d'accidents se produisant chez les nouvelles accouchées, auxquels on ne donnait pas le nom de fièvre puerpérale. On ne pouvait saisir le lien qui pouvait exister entre une péritonite purulente et ce que l'on avait appelé une *diphtérie puerpérale*, ou les cas à *accidents généraux très graves* où l'autopsie ne révélait aucune lésion.

Depuis quelques années déjà certains accoucheurs frappés de l'inconstánce de la *fièvre dite de lait*, avaient pensé que cette légère élévation de température survenant au 3e jour était attribuable à d'autres phénomènes que la montée laiteuse. Widal dans ces cas a rencontré le streptocoque dans le sang, et l'on a la preuve que la fièvre de lait n'est autre chose qu'une infection à forme légère, qui peut en rester là ou produire des accidents immédiats, ou des accidents tardifs.

V. — A l'autopsie de certaines femmes mortes pendant les suites de couches on avait trouvé dans le péritoine, sur les diverses séreuses, sur les muqueuses, dans le vagin, sur la vulve de véritables fausses membranes, et le mot *diphtérie puerpérale* fut créé. Mais la forme de la lésion renseignait si peu sur sa nature, sur ses rapports avec les autres accidents puerpéraux, que la diphtérie puerpérale put être considérée comme étrangère à la fièvre puerpérale, comme enfin ne différant pas de la diphtérie ordinaire. Widal a retrouvé le streptocoque dans ces fausses membranes, qui peuvent être ou non accompagnées de pus, mais il n'y a jamais rencontré le microbe de la diphtérie, le bacille décrit par Klebs et Lœffler, Roux et Yersin. Il ne peut donc plus être question aujourd'hui de diphtérie puerpérale, mais de *forme pseudo-membraneuse* de l'infection puerpérale.

VI. — S'il était difficile de rattacher à la fièvre puerpédrale les formes accompagnées de lésions sans pus, il était encore plus difficile de faire rentrer dans le même cadre, ces

accidents qui tuaient la nouvelle accouchée au milieu de symptômes infectieux, sans qu'on rencontrât à l'autopsie la moindre trace de pus. Les uns niaient que ce fût là de la fièvre puerpérale (Béhier, Beau, et autrefois M. Hervieux). Des observateurs au contraire très autorisés : Bouchut, Lasserre, Guérard, Tardieu, Tarnier, Hardy, Brouardel, etc.) en publiaient des exemples qui n'avaient pas suffi à entraîner la conviction générale.

Widal a observé deux de ces cas, et il a trouvé dans le sang, dans tous les organes, le microbe de l'infection puerpérale, le streptocoque. Or dans ces cas ni pus ni lésions, et combien ont dû échapper à l'observation jusqu'à ce jour puisque Widal est le premier qui ait fait l'étude microbiologique de ces formes, qu'il décrit sous le nom de forme *septicémique pure*. L'absence de lésions, la gravité des accidents qui caractérisent cette forme septicémique pure, ne sont dues pour Widal qu'à la virulence exaltée du microbe qui peut très bien se montrer, comme il l'a établi expérimentalement, après que ce microbe a perdu sa propriété de faire du pus.

VII. — En étudiant les accidents des suites de couches Widal a pu constater que l'infection puerpérale peut ne pas se borner à des accidents immédiats petits ou grands, accidents de la puerpéralité, il a observé aussi que l'infection pouvait produire des accidents en deux temps : légère élévation de température les premiers jours, puis tout paraît normal, et quinze dix-huit jours après nouvelle ascension de température et apparition d'une *phlegmatia alba dolens*.

La nature infectieuse de la phlegmatia d'origine puerpérale n'avait été que prévue (Hutinel, Siredey), Widal a eu le mérite de l'affirmer preuves en mains. Le caillot primitif du thrombus contient des streptocoques. Ce microbe est l'agent d'une endophlébite, suivie de la formation d'un caillot, caillot primitif, autour duquel se forme et s'étend le caillot secondaire. Le caillot primitif peut se former dans les veines intra-utérines et le caillot secondaire s'ajoutant autour de lui peut

gagner par voie descendante les veines hypogastriques iliaques et crurales. Le caillot crural peut être indépendant, le streptocoque entraîné dans le sang peut venir former en un point de la veine crurale une endophlébite, au niveau de laquelle le sang se coagulera. Autour de ce caillot primitif et septique on voit se constituer le caillot secondaire, et s'établir l'obstruction de la veine. La phlegmatia est ainsi constituée, le caillot peut suivant les cas être destiné à se résorber ou à suppurer. (Voir planches II et IV.)

VIII. — Nous venons de voir que :

La fièvre puerpérale à forme purulente, les formes dites diphtéritiques, la forme septicémique pure, la phlegmatia alba dolens, n'étaient que les formes différentes d'une seule et même infection par le streptocoque. Mais *ce streptocoque n'est pas un agent spécifique*, on le retrouve dans l'*érysipèle*, comment peut-il ici causer l'érysipèle, là l'infection puerpérale. Les rapports entre l'érysipèle et l'infection puerpérale ont été établis depuis longtemps cliniquement, depuis longtemps on sait que les deux épidémies peuvent faire suite l'une à l'autre.

Ces rapports ont été aussi établis au point de vue microbiologique.

Widal a placé à côté des conditions de terrains créées par l'état puerpéral, des conditions spéciales qui permettent d'expliquer les manifestations diverses du streptocoque. Ces conditions se trouvent dans la porte d'entrée qui est pour la fièvre puerpérale l'utérus dont la muqueuse est exfoliée, et surtout dans la virulence de ce microbe, naturellement variable, et expérimentalement capable d'être modifiée, au point de produire par inoculation tantôt une lymphangite simple, tantôt des abcès. La porte d'entrée utérine, les variations dans la virulence, telles sont les explications que l'on peut donner des divers modes d'action de l'infection par le streptocoque.

Nous venons de voir, que d'après les recherches récentes,

les accidents de l'infection puerpérale sont dus plus souvent à la présence dans l'organisme du streptocoque, ayant pénétré par l'utérus. Mais si ce microbe est celui que l'on rencontre le plus souvent dans les accidents infectieux qui se produisent chez les nouvelles accouchées, il ne faudrait pas aller jusqu'à dire qu'il est le seul agent et l'agent constant des infections puerpérales. On a rencontré, quoique plus rarement dans ces infections, d'autres microbes en bâtonnets (Pasteur, Doléris, Chantemesse, Widal). Ainsi que le soutenaient M. Dumontpallier dans sa thèse, et Trousseau à l'Académie, l'accouchée est une blessée, chez laquelle il peut se produire des infections.

De tous les microbes qui peuvent infecter la plaie utérine, le streptocoque est celui qui pénètre le plus facilement dans les sinus veineux et les troncs hépatiques, de là dans l'économie, produisant les divers accidents classés sous le nom de fièvre puerpérale. M. le Dr Chantemesse vient à l'aide d'un fait très intéressant, de démontrer que même en dehors de l'état puerpéral il peut se produire au niveau de l'utérus sous l'influence d'un traumatisme, une infection par le streptocoque, qui produit, en dehors de la grossesse, les accidents puerpéraux : fièvre, péritonite, phlegmatia alba dolens et mort, et comme il le dit « une fièvre puerpérale sans puerpéralité (1) ». (Voir les planches à la fin du numéro.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances du 15 *et du* 22 *avril* 1890.

M. le Dr Doléris. **Métrite du corps et métrite du col.** — Depuis qu'il y a près de six ans que j'ai déposé à l'Académie un pli cacheté concernant le traitement de la métrite par l'écouvillonnage

---

(1) Chantemesse. L'infection puerpérale. *Progrès médical*, 29 mars et 10 mai 1890.

antiseptique de la matrice, la question s'est agrandie de jour en jour. Je voudrais aujourd'hui chercher à résoudre quelques-uns des desiderata de thérapeutique intra-utérine.

Je ferai d'abord ressortir que le traitement des affections génitales par une opération unique est un objectif illusoire qui doit être mis hors de discussion. Dans l'espèce, et en ce qui concerne purement la métrite, il ne s'agit pas en effet de décréter que telle intervention répond à toutes les nécessités morbides et que telle autre est superflue. Adopter exclusivement la curette ou l'écouvillon, rejeter la dilatation préalable, négliger les lavages antiseptiques intra-utérins, vanter l'usage de tel ou tel topique caustique après le curage, uniquement parce que les résultats opératoires n'ont pas été fâcheux, ne prouve pas la légitimité et le bénefice de ces pratiques exclusives, dans leur résultat thérapeutique. Je puis dire que de mes recherches poursuivies pendant dix ans j'ai tiré la conclusion que c'est justement dans la combinaison de ces actes opératoires, je pourrais dire dans l'ordonnance méthodique et réglée d'une technique qui n'est jamais ni trop soigneuse, ni trop méticuleuse, que j'ai trouvé la solution du problème. Le curage de l'utérus ainsi compris n'est plus une opération, c'est une méthode, à chacun des éléments de laquelle échoit un but à réaliser. Là est la seule différence de la pratique française actuelle avec celle d'autres pays, où cependant la gynécologie a reçu depuis longtemps une vive impulsion. Là est aussi, à mon avis, la supériorité que nous pouvons revendiquer hautement.

Que peut-on demander à la curette, si ce n'est exclusivement l'abrasion de la muqueuse du corps de l'utérus qui est, de sa nature, molle, comme pulpeuse, caduque, et que le plus petit effort détache du plan musculaire sous-jacent. Prétendre en raclant avec un instrument mousse ou même tranchant atteindre les diverticules du col utérin noyés au sein des travées du stroma, les follicules anfractueux où se réfugient et se continuent de préférence les processus morbides, est une illusion que les simples notions anatomiques suffisent à détruire. Quatre ans de pratique, depuis que j'ai publié mes premiers travaux sur ce sujet, m'ont confirmé dans l'opinion de la nécessité d'un traitement spécial pour la métrite du col de l'utérus, en raison des premiers insuccès du curage. Néanmoins ces notions sont restées dans un domaine assez restreint ; la plupart des insuccès du curage, allégués par ses adver-

saires comme par ses partisans, sont attribuables à la négligence de la distinction de la métrite suivant son siège, c'est-à-dire en métrite du col et métrite du corps.

La muqueuse du col utérin malade depuis peu de temps est parfois à la vérité susceptible d'une thérapeutique très rationnelle, conservatrice, basée sur la poursuite du processus morbide préalablement mis en évidence par une large dilatation du conduit cervical. Cette dilatation, parfois négligeable quand il s'agit du corps de l'utérus, je la crois indispensable pour le traitement de la métrite du col; elle prépare à la curette et aux topiques appropriés un travail efficace dans quelques cas. Pour peu que l'endométrite cervicale soit tant soit peu invétérée, il n'y a plus qu'un remède, l'abrasion nette et régulière de la muqueuse du col par une opération plastique au bistouri.

Je me bornerai aujourd'hui à signaler à ce sujet l'usage d'un instrument destiné à aider le travail de la curette lorsque l'on se borne à celle-ci ; c'est un scarificateur à lames multiples, une sorte de herse coupante dont les dents servent à dilacérer en tous sens les saillies persistantes, les follicules à parois épaissies qui forment à la surface de la muqueuse étalée comme un semis de granulations miliaires accessibles au doigt. Est-il besoin de faire remarquer que sans la dilatation préalable la constatation de ces diverses productions à l'aide du doigt, la notion de leur siège et de leur profondeur, les destructions enfin par l'instrument seraient tout à fait impossibles.

Une autre cause d'échec du curage est l'existence d'une déviation de la matrice. J'ai décrit ailleurs l'utilité de la gymnastique utérine par dilatation répétée; mais détruire les muqueuses, faire le curage pour ramener en antéversion une matrice rétrofléchie, me semble une prétention injustifiable. Ici l'élément métrite, cortège habituel des déviations, doit passer le plus souvent au second plan. D'autre part, le rôle de la dilatation et de la curette en matière de déviations est réel et l'emploi de ces procédés n'est pas négligeable, mais il n'est pas curatif. Je pense donc qu'il est injuste de faire figurer au passif du curage les insuccès de cet ordre. J'en dirai autant des lésions des annexes. Le curage n'a d'effet immédiat, certain, que sur la muqueuse, tandis que ses effets médiats sur les annexes, sur la musculature, l'innervation, la vascularisation, etc., sont au moins problématiques et doivent toujours être prudem-

ment réservés. Ici le vrai mérite de notre méthode moderne est de ne point aggraver les lésions périphériques.

Quant au parallèle du curage avec les méthodes de cautérisation il ne faut pas perdre de vue que l'avenir de la gynécologie est surtout dans l'objectif physiologique; l'entretien de la fonction lorsqu'elle est intacte, sa restauration lorsqu'elle est compromise, réalisent le but le plus haut que le praticien doit viser. Or, le cautère actuel sur le col, les caustiques violents à demeure dans la cavité du corps, sont sans contredit les plus parfaits destructeurs de la vie physique de l'utérus; à leur action caustique succèdent le bourgeonnement et la suppression de la muqueuse; d'où les atrésies dans les trois cinquièmes des cas, la stérilité, la perte de la fonction.

D'autre part, cautériser un col érodé, un ectropion cervical, c'est créer une cicatrice d'épithélium pavimenteux, un vernis artificiel, sur une muqueuse sécrétante; c'est du même coup supprimer la sécrétion, enfermer profondément le processus morbide et créer un processus folliculaire scléro-hypertrophique souvent kystique, cent fois plus sévère que la lésion initiale.

GUÉNIOT. — **Cas de dégénérescence kystique des reins chez un fœtus hydropique.** Le fait observé à la Maternité, se rapporte à une femme ayant un bassin normal et chez laquelle le travail se déclara à 8 mois. La tête fœtale une fois dégagée, la progression du fœtus ne fit plus de progrès malgré des contractions soutenues. Après avoir dégagé les bras, Guéniot, ayant introduit la main dans l'utérus, put se convaincre qu'il existait une distension énorme du ventre du fœtus. Une ponction ne donna que 50 grammes de liquide ascitique. Il fallut pour terminer l'accouchement pratiquer l'éviscération.

Fœtus anencéphale. Brides multiples à la face; difformités.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

(*Mars et avril* 1890.)

Traitement de l'endométrite (*suite*) (1).

M. POLAILLON préfère au curettage la cautérisation avec la flèche de chlorure de zinc. Il laisse les femmes se lever dès que l'eschare est éliminée. La guérison a lieu vers le 20e jour. S'il persiste quelque lésion il fait une deuxième cautérisation.

(1) Voir *Annales de gynéc.*, mars 1890, p. 220.

Sur 69 malades, il a eu 48 guérisons, 6 échecs, 21 résultats incomplets ou insuffisamment suivis.

M. Pozzi repousse ces cautérisations qui exposent à la sténose consécutive du col utérin et des orifices des trompes; il leur préfère le curettage qu'il pratique avec une curette mousse après dilatation extemporanée.

Il rejette l'écouvillonnage et le tamponnement utérin, mais fait, après le curettage, un lavage avec une sonde à double courant et une cautérisation avec une solution de perchlorure de fer. Contre les déchirures et les ulcérations du col, il fait l'amputation. Le curettage est bon dans la salpingite catarrhale aiguë; il est d'un effet nul contre la salpingite scléreuse; il est dangereux dans la pyosalpingite.

M. Reynier a employé la cautérisation au chlorure de zinc et le curettage. La cautérisation expose à des insuccès et de plus présente des inconvénients immédiats (douleurs très vives, syncopes, fièvres, atrésies rapides). Aussi la rejette-t-il, préférant associer au curettage des applications de liquide caustique.

M. Bouilly apporte une thèse qui vient d'être soutenue sur la cautérisation par les flèches. Elle repose sur 30 observations; or 21 fois l'atresie empêcha l'hystéromètre de passer et les 9 autres malades ont été perdues de vue; ces faits ne l'encouragent pas à tenter les cautérisations.

Opération d'Alexander.

M. Terrillon. J'ai à vous rendre compte d'un raccourcissement des ligaments ronds fait par M. Lagrange (de Bordeaux) chez une femme qui, quelque temps après un accouchement, fit une chute sur le ventre et depuis ce moment présenta des accidents douloureux liés — l'examen physique le révéla — à une rétroflexion mobile et facilement réductible. L'opération d'Alexander a eu un plein succès, qui se maintient depuis neuf mois.

L'indication opératoire, pour cette rétroflexion mobile, est bien celle que nous avons posée dans notre dernier débat. Mais M. Lagrange indique un procédé spécial pour assurer la solidité de la suture des piliers. De plus, il n'a mis dans le vagin, après l'opération, ni tampon, ni pessaire. Il n'a pas eu à se repentir de cette abstention, que cependant je ne conseille pas. J'ai eu un échec

complet, dès le 20e jour, chez une femme très nerveuse, qu'une rétro-déviation faisait souffrir beaucoup ; comme elle n'avait jamais pu supporter un pessaire, je ne lui en mis pas, et dès le huitième jour existait une légère amorce de récidive. Dans ce cas, j'avais eu soin, pourtant, de faire avec un catgut très résistant des sutures très complexes, très soignées. Je ne crois pas qu'elles se soient relâchées, mais je crois à un défaut de résistance du ligament rond,

J'objecterai à M. Lagrange que neuf mois ne suffisent pas pour parler de résultat définitif, car j'ai vu une femme où la cure, parfaite jusque-là, ne se démentit qu'au onzième mois.

M. Trélat. — D'après mes trente-huit opérations, je crois que les récidives rapides sont beaucoup plus fréquentes que les lointaines : dans le cours du premier mois elles sont au moins dessinées. Je les attribue, comme M. Terrillon, à la faiblesse du ligament et non au relâchement des sutures. Je fais en ce moment un petit nœud de ligature spéciale, que m'a enseigné M. Segond. J'ai abandonné tout pessaire et je me borne à un tampon vaginal très lâche ; mais pendant la traction sur le ligament je fais avec soin réduire et maintenir l'utérus, pour alléger l'effort. Je crois qu'il faut raccourcir les ligaments de 10 à 12 centimètres.

M. Bouilly. — Je demanderai à M. Terrillon quel était chez les deux malades l'état du plancher périnéal, car je crois que c'es très important pour les récidives et que souvent il faut combiner à l'opération d'Alexander la restauration du périnée et du vagin.

M. Trélat. — J'ai toujours conseillé cette association.

M. Schwartz. — Je pense comme M. Trélat, que passé trois mois la récidive est rare ; j'ajouterai que j'ai revu il y a une quinzaine de jours une de mes opérées d'il y a deux ans : elle est parfaitement guérie. C'était, il est vrai, un bon cas, avec réduction facile et périnée résistant. J'ai l'habitude de fixer le ligament à la soie, plus solide que le catgut.

M. Le Dentu. — J'ai fait trois fois l'opération d'Alexander, sur des femmes à périnée intact, et j'ai raccourci le ligament de 10 à 12 centimètres. Une de mes malades, chez laquelle j'avais fixé le ligament aux piliers par le procédé de Segond, a eu une récidive dans les deux mois. Chez les deux autres, où le résutat est excellent, j'avais suturé le ligament au périoste pubien. Est-ce une coïncidence? c'est possible ; mais à l'occasion je recommencerai.

M. Terrillon. — Pour les récidives, je penche vers l'opinion

de M. Bouilly, et mes deux malades avaient un mauvais périnée.

M. Brun communique à la Société une observation de **Kolpocystotomie** suivie de **néphrectomie** puis d'occlusion de la fistule vésico-vaginale (1). Guérison de la malade maintenue au bout de 2 ans. La malade n'a conservé de sa maladie passée que la nécessité de vider souvent, toutes les 2 heures, sa vessie restée trop petite.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 *mars* 1890.

Présentations : Schwartz. **Fibromyôme de la trompe utérine droite à son origine**. — Métrorrhagies et accidents nerveux. Laparotomie. Ablation. Réduction du pédicule. Guérison. Cette pièce, de la grosseur d'un œuf, provient d'une femme, âgée de 54 ans, encore menstruée et qui, indépendamment des métrorrhagies qu'elle présentait, était sujette à des crises hystéro-épileptiques. Les accidents disparurent consécutivement à l'opération.

Discussion : Bar rappelle que Sänger a publié un travail sur les fibromes migrateurs de l'utérus. Peut-être, la tumeur enlevée par Schwartz appartient-elle à cette catégorie de tumeurs rares?

Charpentier. **Œuf abortif,** âgé de 3 semaines environ, expulsé par une femme qui, déjà, avait mis au monde un enfant de 7 mois mort et macéré, et fait 2 fausses couches. Le mari était syphilitique. A la suite d'un traitement antisyphilitique des 2 conjoints, il y avait eu un enfant vivant, âgé actuellement de 4 ans. *Discussion :* Pajot, cite le cas d'une jeune femme qui avait eu 2 accouchements prématurés. Bien que l'existence de la syphilis ne fût pas démontrée, il conseilla un traitement antisyphilitique. 2 ans après, la femme mettait au monde un enfant, à terme, bien portant.

Porak. **Crâne de Nicolas Ferry, si connu sous le nom de Bébé, nain du roi de Pologne**. — Ce crâne présente des altérations multiples (déformation natiforme, lésions du conduit auditif externe, disparition partielle des alvéoles aux maxillaires, surtout à l'inférieur, etc.) altérations qui, d'après l'avis de Fournier, relèvent de la syphilis héréditaire. M. Porak se demande si le nanisme doit être rapporté à la même cause.

---

(1) La première partie de cette observation a été publiée dans la thèse de M. Hartmann, *Des cystites douloureuses*. Paris, Steinheil, 1887.

PORAK lit un mémoire de M. Dumas (de Ledignan) : **Diagnostic de la grossesse**, travail qui sera l'objet d'un rapport.

LOVIOT. 1) **Placenta prævia chez une primipare âgée. — Hémorrhagies répétées. — Rupture artificielle des membranes. — Version podalique bipolaire. — Mort par anémie vraie.** — 34 ans, primipare presque au terme de sa grossesse est prise, subitement, dans la nuit d'hémorrhagie. L'hémorrhagie qui se renouvelle à plusieurs reprises, est au début négligée. On n'a recours que trop tard au tamponnement. Aussi, à son arrivée, Loviot trouve-t-il la femme avec tous les signes des sujets qui ont perdu beaucoup de sang (pouls petit, fréquent, difficile à compter, hypothermie, respiration accélérée et suspirieuse...). L'hémorrhagie est arrêtée, la femme en travail, et le fœtus en O.I.G.T. Après avoir mis la femme en position obstétricale, Loviot enlève le tampon, et, comme la tête reste mobile au-dessus du détroit supérieur, il pratique après décollement partiel du placenta la version d'après la méthode de Braxton-Hicks, abaisse un pied, et, à cause de l'état désespéré de la femme, opère l'extraction du fœtus. Le placenta encore en grande partie adhérent, est laissé *in situ. Mort* 1/4 d'heure après environ, des suites de la perte de sang, bien que la dernière intervention n'en eût pas amené de nouvelle.

Discussion. GUÉNIOT. — En semblables conditions, la non intervention est aussi justifiée. Dans ces cas désespérés, le résultat est le même, qu'on intervienne ou non. A quoi bon intervenir ? PAJOT. Dans un cas semblable, il a fait tamponner la femme, et l'a laissée accoucher du tampon et de l'enfant. Elle est morte quand même. La question importante est d'être appelé à temps. En cas contraire, on dit à la famille : « *je vais tenter tout ce qu'il est possible de faire, pour sauver la malade ; mais je suis appelé trop tard* ».

2) **Thrombus du vagin pendant le travail chez une femme hémophile. — Embolie pulmonaire. — Guérison.** — X... 25 ans, secondipare. Accouchement à terme terminé par une application simple de forceps. Après l'écoulement des eaux, le médecin de la famille avait constaté la présence d'une tumeur vaginale, située à droite et en arrière par rapport au vagin. Délivrance normale. Mais, la malade s'étant un peu remuée et ayant perdu du sang, Loviot fut appelé. Il reconnut que la tumeur vaginale était un thrombus. *Prescription :* repos absolu, et soins antiseptiques. 25 jours après

l'accouchement, peu d'instants après une vive contrariété, la femme fut prise, d'une constriction présternale avec gêne respiratoire et sensation très pénible d'étouffement. Il venait de se produire une embolie, qui s'accompagna de signes nets de pleuro-pneumonie, lesquels s'amendèrent peu à peu. Quant au thrombus, qui avait diminué progressivement de volume, il n'en restait plus de traces 2 mois et 10 jours après l'accouchement.

3) **Infection pendant le travail. — Gros enfant, bassin rétréci, — Lavement électrique. — Mort par septicémie le 6e jour.** — X...., 26 ans, secondipare. Grossesse normale. Accouchement à terme, La dilatation étant incomplète, un premier médecin fait 13 ou 14 applications de forceps, sans prendre aucune précaution antiseptique. Un peu plus tard, le col étant suffisamment dilaté, un second médecin applique de nouveau le forceps. L'instrument ayant dérapé, M. Loviot est appelé. Il fait les constatations suivantes : orifice utérin mince, souple, dilatation presque complète, tête fœtale à la partie supérieure de l'excavation en O.I.G.A, bassin *rétréci*. Nouvelle application de forceps, et extraction d'un enfant volumineux, et mort. Délivrance artificielle, à cause d'une hémorrhagie. Injection intra-utérine avec de la liqueur de Van Swieten, étendue de 3 parties d'eau. Soins antiseptiques minutieux. Il survint de la gangrène superficielle de la vulve et du vagin, mais peu de réaction fébrile. Météorisme abdominal très accusé, et absence de garde-robes malgré les lavements glycérinés. On a recours à un *lavement électrique*, suivi au bout de quelques heures d'une débâcle liquide. Néanmoins la situation de l'accouchée empira, et bien que la température n'ait jamais dépassé 38°, elle succomba dès le 6e jour après l'accouchement. Loviot insiste sur ce fait qu'il s'agissait de météorisme par parésie toxique, infectieuse, de la fibre intestinale. Cela explique comment le lavement électrique qui donne de bons résultats dans la parésie intestinale, simple, de nature traumatique, est resté inefficace dans le cas actuel.

Discussion. Charpentier. — L'électricité ne pouvait guère donner d'autre résultat. Il s'agissait certainement d'accidents sep ticémiques, résultats des applications réitérées du forceps, sans aucune précaution antiseptique. C'était en conséquence un cas favorable au curage. Pajot, pense comme M. Charpentier, qu'il eût fallu curer l'utérus. Il cite un cas dans lequel, le curage lui permit de sauver la femme. Loviot fait remarquer, que si l'utérus

avait, au début, servi d'intermédiaire pour le passage des agents infectieux, il avait cessé d'être un foyer d'infection. Un lavage intra-utérin avait suffi à supprimer la légère fétidité des lochies. La matrice ne présentait rien d'anormal quant à son volume, à sa sensibilité et à ses sécrétions.

R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 24 janvier 1890.

Présentations : LEVY. **Instrument pour les traitements intra-utérins.**

SAURENHAUS : *a*) **Myosarcome de l'utérus** enlevée par la myomotomie chez une femme âgée de 48 ans. La présence de la tumeur avait été remarquée quatre années auparavant par la femme qui depuis avait beaucoup maigri et était sujette à des souffrances très accusées ; *b*) **Myôme de l'utérus**, provenant d'une femme de 50 ans, encore menstruée. Au cours de l'opération, ouverture de la vessie, et suture en étage au catgut. Poids de la tumeur, exsangue, 31 livres. Après l'opération, malgré l'emploi d'analeptiques, le pouls qui était déjà faible, devint de plus en plus misérable. I s'écoula du sang par le vagin et l'on reconnut la présence d'un hématome. Comme on disposait tout pour une seconde laparotomie, l'opérée succomba ; *c*) **Lipome** du poids de 13 1/2 livres, développé aux dépens de la capsule adipeuse du rein droit. Le rein fut enlevé en même temps que la tumeur. Le premier jour après l'opération, l'urine excrétée s'éleva à 180 grammes le 1er jour, à 220 gr. le 2e jour et à 680 gr. le 3e.

ODEBRECHT : *a*) **Carcinome primitif du vagin**, enlevé sur une jeune fille, qui depuis 4 semaines perdait du sang. Le néoplasme, développé sur la paroi postérieure de l'organe, avait la largeur du canal et une longueur de 5 cent. Portion vaginale, culs-de-sac, parfaitement intacts. Opération assez laborieuse. En raison d'une hémorrhagie en nappe assez considérable, il fallut se hâter de tamponner la perte de substance déterminée par l'ablation du carcinome. Une semaine après, on enlevait un fragment de tissu dégénéré, de la grosseur d'un haricot, qui avait échappé lors de la 1re opération. Convalescence parfaite.

b) **Tumeur fibreuse**, développée aux dépens de la grande lèvre, de

la grosseur du poing, et qui fut enlevée en raison des accidents qu'elle causait exclusivement par son volume. *Guérison.*

CH. BOISLEUX (Paris). **Recherches bactériologiques sur les abcès pelviens, les salpingites suppurées et les abcès de l'ovaire.** — Les recherches ont porté sur 42 cas, dont 33 salpingites suppurées, 7 abcès pelviens et 2 péritonites tuberculeuses. L'expérimentation a été faite sous forme d'injections sous-cutanées, intra-abdominales, tantôt sous forme d'inoculations de fragments du tissu malade. A la suite des inoculations, les animaux sont morts 11 fois dans les 30 salpingites purulentes, 9 fois dans les abcès pelviens, 2 fois dans les 2 péritonites tuberculeuses. Après chaque opération, il fut fait des préparations avec du pus étendu sur des lamelles, et des ensemencements sur des plaques d'agar-agar et de gélatine. L'auteur a réussi à isoler 3 espèees d'organismes qui, d'après leurs caractères, diffèrent un peu des formes connues jusqu'ici des microbes de la suppuration. En résumé, sur les 42 cas, il fut constaté 19 fois des microbes virulents, parmi lesquels il s'agissait trois fois du bacille tuberculeux. Se basant sur des résultats qu'il a obtenus, l'auteur insiste sur la nécessité qu'il y a à réaliser une antisepsie rigoureuse dans les opérations en question. Il complète sa communication, par la démonstration de nombreuses cultures et de nombreuses préparations microscopiques.

BENICKE. **Prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez des jeunes filles.** — L'auteur cite 3 observations : 1) petite fille de 11 ans ; prolapsus modéré guéri par l'emploi du fer rouge ; 2) enfant de 10 ans, très forte ; dilatation accusée de l'urèthre et prolapsus très marqué. Guérison obtenue au moyen d'une suture sans avivement préalable ; 3) fille de 10 ans, prolapsus très accusé contre lequel il fallut recourir à l'ablation de la muqueuse prolabée, suivie de la réunion des bords de la plaie au moyen du catgut. Le symptôme dominant dans ces 3 cas avait été des hémorrhagies.

Discussion. C. RUGE a observé un cas analogue, chez une petite fille de 7-8 ans. Ayant examiné la tumeur, enlevée par simple excision, il constata qu'elle était essentiellement formée de vaisseaux très développés, très rapprochés les uns des autres (tumeur vasculaire). Il ne faut pas confondre ces tumeurs qui se rencontrent à tout âge, avec celles qu'on désigne sous le nom de fongosités de l'urèthre. MARTIN n'a jamais observé ces tumeurs chez des sujets aussi jeunes ; mais il les a rencontrées chez des sujets plus âgés ; Elles sont de la nature des angiomes. R. L.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 23 mars 1890.

Élections : HUBERT (Louvain), président. VAN CAUWENBERGHE (Gand), vice-président. FRAIPONT et JACOBS, secrétaires.

C. JACOBS. **Onze cas de salpingectomie pour salpingite et salpingo-ovarite.** — L'auteur ne croit pas à la guérison spontanée de la salpingite. Toutes les malades qu'il a opérées avaient été antérieurement soumises aux divers traitements seuls mis en œuvre autrefois (traitement de la métrite, de la déviation, de la pelvi-péritonite par des vésicatoires, des sangsues sur le bas-ventre, des lavements divers, avec administration à l'intérieur d'opiacés, etc.). Sur les onze observations, il y avait 2 pyosalpingites unilatérales, 3 hydrosalpingites unilatérales, 6 ovarosalpingites chroniques, dont 3 seulement bilatérales.

Aussi, dans presque tous les cas, l'intervention a-t-elle été bornée à un seul côté. 10 guérisons, 1 décès par obstruction intestinale.

DELÉTREZ. **Contribution à l'étude du traitement de l'endométrite.** — Sur 25 malades Delétrez a suivi scrupuleusement le traitement de Dumontpallier (1). 15 ont été suivies; 3 seulement ont guéri. Des 12 autres, 7 n'ont plus voulu se soumettre à aucune opération ; 5 ont guéri définitivement par le curettage suivi d'injection iodée.

3 fois la menstruation a été très douloureuse après ces cautérisations, une fois il y a eu de la salpingo-ovarite, une fois de l'atrésie du col. Sur 7 observations de Jacobs il n'y a eu qu'une guérison malgré l'expulsion complète de l'eschare en une fois.

Enfin on n'a encore vu que peu de femmes devenir enceintes après le traitement de Dumontpallier; le curettage semble donc jusqu'ici notablement supérieur à cette nouvelle méthode de traitement.

P. BOCK. **Du traitement de l'endométrite chronique par la pâte de Canquoin.** — La cautérisation avec la pâte de Canquoin a l'avantage de produire une eschare profonde de 2 à 5 millim. d'épaisseur comprenant toute la muqueuse utérine, tandis qu'avec la curette on n'est jamais certain d'enlever toutes les parties mala-

(1) Voir *Ann. de gynéc.*, 1889, t. II, p. 56.

des. 28 observations personnelles permettent à l'auteur de poser les conclusions suivantes :

1° La cautérisation par la pâte de Canquoin est inoffensive, peu douloureuse en général et sans danger.

2° Elle est indiquée dans tous les cas d'endométrite chronique simple, surtout dans la blennorrhagique.

3° Les inflammations chroniques et subaiguës des annexes ne sont pas une contre-indication.

4° Il faut surveiller attentivement la reproduction de la muqueuse : un traitement consécutif (lavages antiseptiques, injections intra-utérines de teinture d'iode, nitrate d'argent, etc.) suffisamment prolongé est indispensable.

5° L'emploi de crayons d'iodoforme est le meilleur moyen d'empêcher une atrésie cervicale éventuelle.

S. Frédéricq. **Traitement de l'endométrite chronique.** — Dans l'endométrite catarrhale il faut dilater le col et débarrasser la cavité utérine des produits de sécrétion par une irrigation intra-utérine avec la sonde de Breus ou mieux avec de petits tampons montés ou même avec l'écouvillon, puis introduire des mèches de gaze à l'iodoforme imbibées d'un glycérolé de créosote (1 de créosote, 2 de glycérine).

Dans l'endométrite hémorrhagique, le curettage fait merveille. L'auteur le décrit d'après Van Cauwenberghe de Gand qui le fait suivre d'un écouvillonnage avec un instrument imprégné de glycérine créosotée et d'un lavage de la cavité utérine avec de la teinture d'iode. Le traitement consécutif, de 2 à 3 semaines de durée, consiste en injections intra-utérines de teinture d'iode tous les 3 jours. On suivra le même traitement dans l'endométrite exfoliative. L'endométrite tuberculeuse sera traitée par le curettage suivi d'un écouvillonnage avec un glycérolé au sublimé à 1 0/00.

Lebon. **Étude sur la périnéorrhaphie.** — L'accoucheur doit toujours pratiquer la périnéorrhaphie immédiate commençant par fermer le rectum par quelques points séparés puis terminant par un surjet continu et à étages. Le catgut laissé pendant 15 jours dans l'essence éthérée de bois de genévrier puis conservé dans

Alcool	1000
Sublimé	1
Glycérine	100

constitue un fil souple, solide, excellent pour ces sutures. Panse-

ment iodoformé. Purgatif le 4e jour, puis lavement tous les jours.

Contre les déchirures anciennes, Lebon décrit successivement le procédé d'Hégar, celui d'Emmet, celui de Lawson Tait, donnant la préférence à ce dernier qui est facile, rapide, et donne d'excellents résultats. Suivent 14 cas opérés par C. Jacobs, 12 par le procédé de Tait, 2 par celui d'Emmet.

ROUFFART. — 2 pièces, une d'**utérus bicornis duplex,** une de **métrite et de salpingite tuberculeuse.**

REVUE ANALYTIQUE

I. — PÉRINÉE. — DÉCHIRURES DU PÉRINÉE. — PÉRINÉORRHAPHIE

Contribution à l'anatomie du plancher pelvien. (A contribution to the anatomy of the pelvic floor), par Ernest HERMANN. *Trans. of the obstetr. Soc. of London*, 1889, t. XXXI, p. 263.

Les mensurations faites par Hermann lui ont montré de grandes variations dans la conformation normale des parties qui constituent le plancher pelvien. Chez une multipare saine la distance du coccyx à l'anus, la longueur du périnée, la distance de la fourchette à la symphyse du pubis, les dimensions du vagin sont sujettes à de grandes variations. Aussi ne peut-on, en présence d'une particularité observée chez une ancienne accouchée, dire qu'elle dérive de l'accouchement antérieur, si l'on ne s'est pas assuré qu'elle manquait avant la grossesse. En terminant, l'auteur fait ressortir l'importance clinique de ces données anatomiques au point de vue de la rupture du périnée et du prolapsus, de la pose des pessaires, enfin de certaines formes de stérilité.

H. H.

Études sur le releveur de l'anus. (Studies on the Levator ani muscle), par Rob. L. DICKINSON (de Brooklyn). *Am. J. of obst.*, 1889, p. 897.

On considère communément le releveur de l'anus comme un entonnoir musculeux, destiné à tirer l'anus en avant après la défécation. « C'est absolument le contraire de la vérité ». Ce muscle ressemble plutôt à un fer à cheval, attaché au pubis en avant, et encerclant, comme un collier, le rectum et le vagin. Chez la

femme, il attire en avant le bas du rectum et du vagin. Pour Luschka, c'est le « diaphragme du bassin ». Il a moins à soulever chez la femme que chez l'homme, parce que le bassin féminin est moins profond.

Il s'insère principalement sur la branche horizontale du pubis; en avant les deux moitiés ne se rejoignent pas; l'une et l'autre s'insèrent à 1 c. 25 du milieu de la symphyse. Il se divise en deux parties : l'une passe en avant du rectum, l'autre gagne les côtés et la partie postérieure du canal.

L'auteur donne 19 figures, représentant ce muscle important, et les inconvénients de sa déchirure. Quelques-unes de ces figures sont empruntées à Luschka Hart, Skene et Varnier. Plusieurs sont originales.

A. CORDES.

De certaines déchirures du périnée et de leur traitement. P. PUECH. *Montpellier médical*, août 1889, p. 149.

D'une étude sur les déchirures du périnée, l'auteur émet les conclusions suivantes :

La classification des déchirures du périnée admise ordinairement est insuffisante. De par le mode de leur évolution ultérieure, de par les conséquences différentes pour chacune d'elles qui résultent de leur non réparation, de par leur traitement, il y a lieu de distinguer trois variétés de déchirure du périnée : les déchirures incomplètes les déchirures complètes, les déchirures compliquées.

Les déchirures complètes sont celles dans lesquelles le périnée est divisé de la commissure postérieure de la vulve à l'anus ; ce dernier et la cloison recto-vaginale étant respectés.

Les déchirures complètes sont dans quelques cas susceptibles de guérison spontanée. Le plus souvent cette guérison ne s'effectue pas ; d'où des inconvénients pour la femme.

L'accoucheur devra donc peu compter sur cette marche naturelle du périnée complètement déchiré vers la réparation. L'intervention et l'intervention immédiate sera sa règle de conduite dans les déchirures complètes du périnée.

Cette intervention consiste en la mise au contact, immédiatement après la délivrance, des lèvres de la plaie périnéale au moyen de quelques serres-fines ou de quelques points de suture. L'observation rigoureuse des règles de l'antisepsie devra entrer pour une grande part dans le succès de l'emploi de ces différents moyens.

Par eux sont évités pour plus tard une opération et les chances toujours plus incertaines d'une périnéorrhaphie.

P. MAUCLAIRE.

Périnéorrhaphie immédiate après l'accouchement. (Immediate restoratio of the Perineum after labor), par Arch. Mc LAREN (de Minnesoti). *Ami. J. of obst.*, 1889, p. 937.

Les déchirures du périnée sont parfois inévitables.

Les incisions (*episiotomy*) ne suffisent pas toujours à empêcher la déchirure ; car celle-ci débute souvent par le haut du périnée.

Quand on écarte les cuisses d'une femme on voit que les grandes lèvres s'écartent peu, et les petites lèvres point. Il est donc inutile pour favoriser la réunion des déchirures du périnée de tenir les cuisses rapprochées, et les sutures profondes ne sont pas aussi nécessaires qu'on le croit, les sutures ne doivent pas exercer de pression sur les lèvres de la plaie. Cela est vrai aussi pour la périnéorrhaphie secondaire, pourvu qu'on n'ait pas descendu trop loin et qu'on ne cherche pas à rapprocher des surfaces qui n'ont jamais été en contact.

Les sutures métalliques n'ont leur place que dans le périnée.

A. CORDES.

La périnéorrhaphie d'après la méthode de L. Tait. (Tait's flap operation for lacerated perineum), par NEIL MACPHALTER (de Denser, Colorado). *Amer. J. of Obst.*, novembre 1889, p. 1146.

L'auteur regarde cette méthode comme étant la méthode *par excellence* (en français dans le texte), et il déclare qu'il est inutile d'y faire des modifications qui ne font que la compliquer, ou de refaire l'anatomie du périnée, en s'occupant de la rupture de tel ou tel muscle.

Elle est très rapide, et ne dure guère que de 4 à 6 minutes ; Macphalter l'a vu faire en *une minute et demie.* Dans ses mains, elle a toujours réussi.

Lorsque le sphincter anal n'est pas intéressé, l'incision doit partir du centre de la déchirure. De ce point, on conduit les ciseaux, en dehors et en haut, suivant une courbe entre la peau et la muqueuse de la lèvre dans une longueur de 26 à 32 millim.

On fait de même de l'autre côté, de sorte que l'incision a, non la forme d'une H, ou d'un parallélogramme incomplet, mais celle d'un grand U, large.

Si le sphincter est rompu, on doit faire, en arrière de la première incision une autre incision opposée, de façon à obtenir la forme de deux U, opposés par leur base mais dont l'inférieur est très court, ses jambages n'ayant que 3 millim.

L'avivement fait comme il a été dit, on passe une longue aiguille emmanchée à la partie inférieure de la surface cruentée, aussi près que possible du bord de la peau, pour la faire sortir au point correspondant de l'autre côté (la figure, dans laquelle on voit la partie de l'aiguille comprise entre les deux points extrêmes; montre que l'aiguille ne chemine pas dans les tissus).

L'aiguille, munie d'un crin de Florence (1), est retirée, et on lie solidement.

Cette opération se fait parfois pour le prolapsus, dans ce cas,on prolonge l'avivement un peu plus profondément.

L'auteur ne connait pas de cas où le périnée, ainsi refait, ait cédé dans un accouchement subséquent.

A. C.

Mon expérience de la périnéorrhaphie par le procédé à lambeau. (My experience with the flap splitting operation for lacerated perineum), P. F. MUNDÉ de New-York. *Am. Journ. of Obst.*, juillet 1889, p. 673.

Excellente monographie très courte sur l'opération de Lawson Tait. Des figures coloriées rendent la description très claire. Sans les planches, elle serait difficilement intelligible.

Mundé emploie le crin de Florence pour les sutures.

L'opération est rapide, elle ne prend pas plus de 1/4 d'heure ; elle a réussi 16 fois sur 17, entre les mains de Mundé.

A. C.

Périnéorrhaphie, méthode de L. Tait. (On perineorrhaphy by the method of Lawson Tait), par FANCOURT BARNES, médecin de l'hôpital de Chelsea, Senior medicin du British Lying hospital. *Brit. Gyn. Journ.*, août 1889, p. 216.

Barnes a eu 11 cas de succès , sur 11 opérations. Sp. Wells a constaté que cette méthode représente un perfectionnement considérable sur les anciennes méthodes.

A. C.

(1) D'autres gynécologistes, entre autres F. Barnes, préfèrent le fil d'argent qu'ils arrêtent au moyen d'un plomb percé, écrasé sur le fil. (A. Cordes).

II. — PROLAPSUS GÉNITAUX. — DÉVIATIONS UTÉRINES

Étude sur les prolapsus génitaux, par S. DUPLAY et CHAPUT. *Arch. de méd.*, 1889, I, 641 et II, 48.

Les dissections de 37 vieilles femmes et l'examen clinique de 31 autres ont conduit les auteurs aux conclusions suivantes :

Il existe des faits rares de chute par augmentation de poids de l'utérus ou par insuffisance de ses ligaments. Mais la grande majorité des prolapsus dépend d'un agrandissement de l'orifice vulvaire avec ou sans déchirure du périnée. La paroi vaginale antérieure, manquant de soutien, tombe, puis l'utérus suit.

La rectocèle est en rapport avec une vulve énorme ou un périnée très petit.

La cystocèle isolée s'explique par la conservation de la force des ligaments utéro-sacrés.

Les faits d'hypertrophie sus-vaginale sont le résultat d'un manque de soutien du plancher pelvien, sollicitant à descendre un utérus que maintiennent encore solidement des ligaments sacrés.

H. H.

Des changements du plancher pelvien dans les légers degrés de prolapsus. (On the changes in the pelvic floor, which accompany the slighter degrees of prolapse), par G. ERNEST HERMAN, in *Trans. of the obstetr. Soc. of London*, 1889, t. XXXI, p. 276.

L'auteur décrit l'abaissement normal du plancher pelvien qui se produit pendant l'effort, et qui, par son accroissement morbide, arrive à constituer le prolapsus. Cet abaissement résulte de l'élongation antéro-postérieure de la portion sacrée du périnée combinée à un déplacement en bas et en arrière des parties qui avoisinent la symphyse. Cet abaissement normal du périnée s'accompagne d'une légère descente de l'utérus dans le vagin ; lorsqu'il s'est accru et qu'il existe pathologiquement il peut s'accompagner de protrusion des parties antérieures du plancher pelvien, de rétro-déviation utérine, etc. Les symptômes fonctionnels, bien que liés d'une manière indéniable au déplacement (le traitement mécanique les soulage), présentent cependant une grande variabilité, plus en rapport avec l'état nerveux de la malade qu'avec le degré des désordres mécaniques.

H. H.

Hernies vaginales. (The vagina as a hernial canal), par R. DICKINSON de Lay Island. *Am. J. of obst.*, juillet 1889, p. 692.

L'auteur divise le plancher pelvien en 2 segments, le segment pubien, *anté-vaginal* qui renferme la vessie, et le segment sacré ou post-vaginal, renfermant la paroi vaginale postérieure, le rectum, etc. Au niveau de la partie supéro-postérieure du segment antérieur et de la partie inféro-antérieure du segment sacré l'auteur trouve un point faible, une ouverture virtuelle, qui peut donner passage à quelque organe.

Dickinson compare le canal vaginal au canal inguinal, et signale les différences qu'ils présentent entre eux.

Cette monographie, de 5 pages renferme 3 figures nécessaires à l'intelligence du texte.

A. C.

La meilleure opération pour la cystocèle et la rectocèle. (The best operation for cystocele and rectocele), par P. F. MUNDÉ *Am. Journ. of Obst.*, mars 1890, p. 268.

Mundé fait l'avivement de la partie saillante dans le vagin, puis fait une suture en cordon de l'avivement, et repousse dans la vessie la paroi vaginale et serre la suture qui est faite avec de la soie forte. Il fait sonder l'opérée toutes les 4 heures, et enlève la suture entre le 8e et le 10e jour. Voilà pour la cystocèle.

Pour la rectocèle, il fait un avivement losangiforme dont les bords inférieurs touchent les lèvres, et fait sur la ligne médiane, d'avant en arrière, une suture continue avec du catgut. Le périnée est cousu avec du wormgut. Le fil de wormgut est enlevé du 7e au 10e jour.

Mundé prend, cela va sans dire, des précautions antiseptiques minutieuses.

A. C.

Traitement de la cystocèle par la suspension inguinale de la vessie, colpo-cystorrhaphie. (The cure of cystocele by inguinal suspension of the bladder ;. colpo-cystorrhaphy). par HENRY T. BYFORD, in *Amer. J. of obstr.*, N.-Y., février 1890, p. 152.

De même que pour l'abaissement de l'utérus il faut combiner l'opération d'Alexander à des opérations plastiques sur le périnée, de même, dans les cas de cystocèle il faut combiner à ces dernières la suspension inguinale de la vessie. Chez une première malade, Byford combine une colpo-périnéorrhaphie postérieure à

une opération d'Alexander et à la cystorrhaphie inguinale. Par une incision de la paroi postérieure du canal inguinal, il avait été chercher à travers le tissu rétro-pubien la tunique fibreuse du vagin sur les parties latérales de l'urèthre et l'avait fixée au canal inguinal.

Récidive attribuable à une fixation insuffisante.

Chez une deuxième malade, la fixation unilatérale fut suffisante et le résultat se maintenait au bout de plusieurs mois.

H. H.

La stérilité et la dysménorrhée causées par les flexions; leur traitement. (Sterility and dysmenorrhea caused by flexion; their treatment), par R. B. Talbot, de New-York (*Am. J. of. Obst.*, janvier 1890, p. 37.

L'auteur raconte 4 cas empruntés à sa clientèle, et formule les conclusions suivantes :

1° Choisir soigneusement les cas à opérer.

2° Calmer toute inflammation, avant d'intervenir.

3° Dilater lentement au début; mais dilater largement, pour donner une issue facile aux débris de tissus.

4° Placer un pessaire à demeure pendant quelques mois après la dilatation.

5° Ne tolérer le coït qu'après les premières règles qui suivent la fin du traitement.

6° Quand le traitement est terminé, ne plus passer la sonde.

7° Dire à la malade qu'elle doit attendre la restauration complète de la muqueuse, quelques mois peut-être, avant d'espérer une grossesse.

8° Lorsque cela est possible, exiger un changement d'air et de lieux.

A. C.

Des relations pathologiques des déplacements utérins. (On the pathological relationships of uterine displacements, par G. Ernest Herman, in *The British med. Journ.*, 1889, t. I, p. 1213.

Parmi les états décrits comme déplacements utérins, il y en a qui à proprement parler ne sont pas pathologiques; telles les flexions d'un utérus qui a conservé sa mobilité, et l'épaisseur normale de ses parois; il y en a d'autres qui sont produits par des tumeurs, par des adhérences et qui sont subordonnés à la lésion qui les a produits.

Parmi les cas, où le déplacement utérin est le point capital de l'affection, les uns sont comparables aux hernies; ils dépendent d'un état anatomique spécial, ont des symptômes locaux et doivent être traités par des moyens mécaniques. Les autres sont constitués par des déplacements très minimes mais s'accompagnent d'une grosse manifestation symptomatique ; ils sont liés à un affaiblissement et à une distension de l'appareil musculaire et ligamenteux qui soutient l'utérus. Cet état est lié à une certaine débilité générale, qui produit encore la scoliose, le genu valgum, le pied plat, la faiblesse de la vue par hypermétropie, etc. On peut le traiter avec succès sans recourir aux moyens mécaniques qui agissent sur l'utérus, bien que le soutien mécanique de l'utérus soulage souvent. Les symptômes ne sont pas dus au léger déplacement, mais à la distension de tissus sensibles. La faiblesse et la sensibilité des tissus est déterminée par une sorte d'épuisement général; aussi les symptômes disparaissent-ils par le traitement de celui-ci alors même que le déplacement n'a été nullement modifié. L'épuisement nerveux qui les produit survient souvent à la suite des fatigues d'une grossesse mais il peut être déterminé par de toutes autres causes; aussi doit-on conseiller aux familles de ne pas négliger dès l'enfance les exercices physiques qui assurent un développement complet des organes.

H. H.

Avortements répétés dans les cas de flexion intense de l'utérus. (Repeated abortions in cases of acute uterine flexion : an illustrative case), par Graily Hewitt; in *The Lancet*, Lond., 1889. T. I, p. 9.

Il s'agit d'une femme de 33 ans, mariée depuis trois ans, et ayant fait successivement trois fausses couches, la première quelques temps après son mariage, les deux autres au huitième et au troisième mois. Après ce troisième avortement un examen soigné de l'utérus permet de constater des phénomènes de métrite avec antéflexion prononcée. On dilate graduellement la cavité utérine et on applique un pessaire qui est conservé six mois. L'état s'améliore, la paroi antérieure de l'utérus indurée et retractée a gagné en souplesse et en longueur. On met un nouveau pessaire et cinq mois après survient une nouvelle grossesse. Au bout de deux mois un léger écoulement fait craindre un nouvel avortement.

L'utérus est projeté en avant et couché derrière la face postérieure du pubis gauche contre laquelle son fond vient buter.

Un pessaire, le repos au lit dans le décubitus dorsal, de grandes précautions, et enfin des pressions douces et répétées exercées avec le doigt sur la face antérieure de l'utérus de manière à le relever et à lui permettre de franchir le détroit supérieur, permettent de mener la grossesse à bonne fin.

L'auteur conclut de cette observation qu'une antéflexion prononcée avec rétraction de la paroi antérieure de l'utérus est une cause d'avortement, parce que l'utérus vient s'arc-bouter contre le pubis et ne peut pas sortir librement du petit bassin ; d'autant plus que des adhérences pathologiques viennent souvent s'opposer à son redressement. Il faudra donc agir par tous les moyens possibles, position horizontale, pessaire, pression directe avec le doigt pour permettre à l'utérus de faire saillie dans le grand bassin. La rétroflexion serait d'ailleurs justiciable du même traitement.

J. L. Faure.

Quelques cas de névroses réflexes causées par les déviations utérines. (Alguns casos de nevroses reflexas devidas a desvios uterinos), par A. Pacifico Pereira. *Gazeta med. da Bahia*, août 1889, p. 49.

Pereira communique à la Société de médecine de Bahia quelques cas de névroses réflexes dues à des déplacements utérins et qu'il guérit par le redressement de l'utérus.

Les observations portent sur 4 femmes blanches, multipares âgées de 26 à 38 ans.

Dans un cas il vit disparaître en moins d'un mois de violentes gastralgies et des vomissements rebelles en corrigeant une antéversion utérine par le pessaire de Thomas.

Ce traitement fut aussi efficace dans des conditions analogues chez une malade atteinte de vertiges et de vomissements très tenaces. Enfin le redressement de l'utérus en rétroversion (pessaire de Hodge) chez deux autres femmes amena, chez l'une la guérison d'une toux convulsive en 4 mois et fit cesser chez l'autre des accès hystéro-épileptiformes en moins de 3 mois.

Bensaude.

Prolapsus utérin ; hypertrophie de la portion sus-vaginale du col avec une observation. (Prolapse of the womb, with especial refe-

rence to the « so called » hypertrophic elongation of the supra-vaginal portion of the cervix, with report of a case), par Lewis H. Adler, in *Medical News*, 3 août 1889, p. 121.

Cet article contient la description de trois variétés de prolapsus utérin : l'abaissement simple dû au relâchement des moyens de fixité et qui peut guérir par l'emploi d'un pessaire; si ce moyen est insuffisant ou si le prolapsus s'accompagne d'une déchirure périnéale, une opération s'impose.

Le prolapsus dû à l'hypertrophie de la portion sous-vaginale ou à une nutrition exagérée de cette partie de l'organe mais qui pour Emmet est toujours consécutif à une déchirure : la seule thérapeutique à lui opposer est une intervention chirurgicale.

Enfin le prolapsus dû à l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col, si certains gynécologistes croient que cet allongement a pour siège la portion sus-vaginale, pour l'auteur au contraire cette hypertrophie se produirait dans le corps et au niveau de l'isthme et abaisserait ainsi l'orifice cervical quand l'utérus n'est fléchi ni en avant ni en arrière.

P. Noguès.

Traitement opératoire du prolapsus utérin. (Sulla cura operativa des prolasso dell'utero), Guzzoni. *Annali di Ostetr. e Ginec.* Milano, 1890, p. 53.

D'un grand nombre d'opérations qu'il a pratiquées l'auteur conclut que la colporrhaphie médiane (cloisonnement du vagin, élitrorraphie médiane) donne de meilleurs résultats (11 0/0 de récidives) que la colpopérinéorrhaphie (31 0/0 de récidives). Néanmoins chez les femmes en pleine activité sexuelle Guzzoni donne la préférence à la colpopérinéorrhaphie.

P. Mauclaire.

Opération de Le Fort pour la chute complète de l'utérus, relation d'un cas. (Le Fort's operation for complete procidentia of the uterus, with a report of a case), par Charles E. Taft. *The Americ. J. of the med. sc.* Philad., 1889, t. XCVIII, p. 128.

Taft pense qu'avant la ménopause la combinaison d'une double colporrhaphie, antérieure et postérieure, avec une opération d'Alexander donne de bons résultats, mais, pour lui, après la ménopause, aucune opération ne vaut celle de Le Fort. Il ne croit pas l'hystérorrhaphie suffisante pour soutenir l'utérus, pour peu que

celui-ci soit volumineux ou que l'on n'ait pas, en même temps, pratiqué une colporrhaphie postérieure étendue.

H. H.

Remarques sur la méthode de la fixation vaginale dans la rétroflexion et le prolapsus de la matrice. (Bemerkungen über die Methode der vaginale Fixation bei Retroflexio und Prolapsus uteri), Scuucking. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 8, p. 123.

Le procédé de l'auteur est connu. Le corps de la matrice est fixé en avant, par un fil qui, introduit à travers la cavité utérine, traverse la paroi antérieure de l'organe, celle du vagin, ressort dans la cavité de ce conduit, où il est lié avec l'autre chef. Les cas dans lesquels il a été appliqué sont à l'heure actuelle au nombre de 62. Mais 20 doivent être mis de côté en tant qu'éléments d'appréciation, parce qu'ils datent d'une époque où la méthode présentait certaines défectuosités. Ainsi, le fil était enlevé trop tôt. De plus, on n'avait pas recours à l'application d'un pessaire pendant les jours qui suivent l'opération.

L'auteur est aujourd'hui d'avis qu'il ne faut pas enlever le fil avant la 8e ou la 10e semaine, et que l'application du pessaire est nécessaire. Or, *sur 43 cas qui ont été opérés avec ces précautions, on n'a pas eu à enregistrer un seul échec.*

R. L.

Traitement chirurgical des déplacements de l'utérus en arrière. (The surgical treatment of backward displacements of the uterus), par Charles Strong, *Boston med. and surg. Journal*, 17 octobre 1889, vol. CXXI, p. 381.

Des résultats de sa propre pratique l'auteur déduit les règles suivantes : être sûr que le déplacement est la véritable cause des accidents ; bien distinguer les déplacements dans lesquels l'utérus est libre de toute connexion et ceux qui s'accompagnent d'adhérences entre l'utérus et la paroi pelvienne ou les viscères adjacents.

Il existe quatre opérations pour ramener et fixer en avant l'utérus une fois libéré de ses adhérences : l'opération d'Alexander-Adams, l'opération de Wiley (raccourcissement des ligaments ronds dans la cavité abdominale), l'opération qui consiste a fixer l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen, et enfin l'opération de Schucking (fixation de l'utérus à la paroi antérieure du petit bassin). L'auteur donne la préférence à la première cependant,

dans les cas ou une autre affection concomitante nécessite l'ouverture du ventre, il réclame l'opération de Wiley.

Il rapporte trois observations de laparotomie dans lesquelles on a eu en vue de libérer l'utérus retrofléchi de ses adhérences et de le fixer à la paroi antérieure de l'abdomen. Les résultats obtenus peuvent s'écrire de la manière suivante ; un succès complet au bout de sept mois, un demi-succès et un échec absolu.

P. Noguès.

Deux cas de rétroflexion guéris par la fixation vaginale d'après le procédé de Schücking. (Zwei Fälle von Retroflexio uteri, geheilt durch vaginale Fixation nach Schücking), Tampke. *Cent. f. Gyn.*, 1890 nº 8, p. 126.

1)... 52 ans, depuis plusieurs années *prolapsus de la paroi antérieure du vagin et rétroflexion utérine.* Douleurs considérables, au point de rendre la marche impossible. Echec des moyens ordinaires, inefficacité des pessaires, *fixation vaginale* d'après le procédé de Schücking. Quelques douleurs vésicales et altérations de l'urine. Le fil fixateur est enlevé six semaines après l'opération, les douleurs vésicales cessent et l'urine redevient normale. *La matrice est en bonne situation et le prolapsus du vagin a disparu.* — 2)... 23 ans, depuis 7 ans douleurs dans la région sacrée et troubles nerveux accusés, associés à une rétroflexion de l'utérus. Les moyens habituels échouent, les pessaires ne sont plus supportés. Opération d'après la méthode de Schücking, en septembre 1888. Au bout de 24 heures, une hémorrhagie utérine oblige à enlever la ligature. La rétroflexion se reproduit. En août 1889, l'opération est faite, pour la seconde fois, par Schücking. Enlèvement du fil quelques semaines après l'intervention. *La rétroflexion n'existe plus.*

R. L.

Sur les relations des rétrodéviations utérines et de la grossesse. A. Martin. *Deutsche med. Woch.*, 1889, nº 39, p. 797.

L'auteur a observé en 12 ans et demi 121 cas de rétroflexion de l'utérus gravide sur 24,000 malades gynécologiques ; chez 27 de ces femmes cette grossesse était la première et il s'agissait de rétroflexion congénitale. Des 94 autres, qui n'en étaient pas à leur première grossesse on ne peut dire dans quelle proportion la rétrodéviation est congénitale ou acquise. En tout cas, Martin affirme que la rétroflexion (même au 3e degré de Winckel) n'est

pas en soi une cause de stérilité. A ce point de vue c'est des lésions de la muqueuse qu'il faut tenir compte bien plus que de l'anomalie de position. Reste à se demander comment évolue la grossesse. Or des 121 malades, 97 sont parvenues à terme après une réduction facile, en général maintenue par un pessaire de Hodge.

Martin pense que bon nombre de grossesses de ces utérus rétro déviés sont méconnues, la réduction s'effectuant spontanément. Quand il y a des accidents, la dysurie est le premier symptôme : elle permet un diagnostic précoce et à cette période la réduction est presque toujours facile. Si on a laissé à l'enclavement le temps de se produire, même alors il faut tenter la réduction, et seulement quand elle a échoué se résoudre à l'avortement provoqué ou même à l'hystérotomie.

A. Broca.

Du traitement chirurgical de l'utérus rétrofléchi. (Ueber Behandlung der retrofleklirten uterus). Frommel. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 6, p. 94.

L'auteur revient sur un procédé qu'il a fait connaître au congrès de gynécologie, tenu à Fribourg. Ce procédé est basé sur cette notion, mise en lumière surtout par Schultze, que les ligaments utéro-sacrés jouent le principal rôle dans le maintien de l'utérus dans sa situation normale, et que leur état de relâchement contribue essentiellement à produire une rétro-déviation persistante. Le but était de remettre ces ligaments dans un état de tension, et par suite, de leur permettre de remplir leur fonction physiologique. A cet effet, l'auteur, après laparotomie préalable et après avoir débarrassé l'utérus de ses adhérences, pique avec une aiguille les ligaments recto-utérins près du point où ils quittent la matrice, et les suture au péritoine de la paroi latérale du bassin. Le siège de la suture à la paroi pelvienne variera de hauteur suivant le degré de relâchement. L'opération devient aisée, si l'on a soin de relever fortement le siège de la malade.

Elle a cet avantage important sur la ventro-fixation, que l'utérus reste mobile, et qu'il peut se prêter aux déplacements nombreux en rapport avec l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie. Chez la malade qu'il a opérée de cette manière, Frommel a pu constater un an après son intervation, que l'utérus se maintenait toujours dans sa situation normale. Toutefois, il affirme de nouveau que d'après lui, le traitement chirurgical de l'utérus

rétrofléchi doit rester d'une application exceptionnelle, et qu'on n'y doit recourir qu'après l'échec des autres méthodes thérapeutiques.

R. L.

Fixation de la paroi antérieure de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure dans le traitement du prolapsus utérin, par F. Terrier. In *Revue de chirurgie*, 1889, p. 185.

Dans deux cas, M. F. Terrier a fixé avec succès l'utérus prolabé à la face postérieure de la paroi abdominale. Par une incision faite sur la ligne blanche il attire l'utérus contre la face postérieure de la paroi et l'y fixe par une série de sutures au catgut comprenant toute la paroi antérieure de l'utérus depuis l'isthme jusqu'au fond. Dans un des deux cas, l'opération permit d'enlever en même temps la trompe et l'ovaire kystiques ; dans les deux le résultat fut excellent.

H. H.

Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin (nouveau traitement chirurgical de la chute de l'utérus), par Paul Dumoret, *Thèse Paris*, 1889.

Cette thèse constitue le seul travail complet sur la question. L'auteur a adopté le mot de *laparo-hystéropexie* comme plus exact et moins barbare que les dénominations proposées jusqu'à ce jour. On trouve dans ce travail, l'exposé complet de toutes les opérations destinées à la fixation de l'utérus ; mais peut-être l'ouvrage eût il gagné en clarté si la division eût été plus nette entre les procédés opératoires employés dans le cas de rétroflexion et les procédés employés dans le cas de prolapsus. Ces derniers seuls nous occupent et parmi eux le procédé de Terrier qui fixe l'utérus à la paroi abdominale à la fois par son fond et par sa face antérieure. Le manuel opératoire, décrit dans ses détails, est précédé de l'exposé des précautions antiseptiques prises à l'hôpital Bichat avant, pendant et après toute intervention abdominale : ce chapitre pourrait servir de *vade-mecum* à tout chirurgien.

Rien n'a été omis dans cette thèse : parallèle de la méthode avec les autres modes de traitement, parallèle des divers procédés entre eux, indications et contre-indications, sort réservé à la vessie, traitement post-opératoire et toutes les observations d'hystéropexies publiées jusqu'à ce jour. Le pronostic restait le point délicat,

aussi, l'auteur donne-t-il des conclusions provisoires que des faits nouveaux viendront confirmer ou infirmer. Il considère l'opération comme sérieuse mais non grave. Quant au résultat thérapeutique citons avec lui la phrase de Segond : « si la symphyse utéro-pariétale créée par le procédé très perfectionné de Terrier est vraiment solide ; si les faits établissent, en outre, qu'elle n'est pas elle-même la source des phénomènes douloureux analogues à ceux que provoquent les adhérences pelviennes, il est bien clair que l'opération de Terrier deviendra l'opération de choix. »

P. Noguès.

Sur la ventrofixation de l'utérus. F. Spaeth. *Deutsche Med. Woch.*, 1889, n° 44, p. 760.

Travail fondé sur 15 opérations faites à Hambourg par Prochownick, pour des *rétrodéviations*. Dans toutes les interventions (qui toutes ont guéri et dont une seule a été suivie de récidive), il s'agissait de rétrodéviations compliquées de tumeurs utérines ou salpingo-ovariennes, ou fixées par des adhérences de para et de périmétrite. L'auteur, en effet, est opposé à l'opération pour les rétrodéviations simples, mobiles, dont on vient toujours à bout par le massage utérin et les pessaires ; il est donc inutile d'exposer la malade aux inconvénients d'une éventration possible. Pour les cas où l'on extirpe une tumeur, la ventrofixation est un complément indiscutable ; pour les rétrodéviations pures, mais adhérentes, on essaiera d'abord le massage. Si on échoue, la ventrofixation est absolument indiquée chez les femmes encore réglées ; chez les femmes qui ont passé la ménopause, et où on n'a dès lors plus à ménager la possibilité de la conception, la question d'hystérectomie vaginale se pose peut-être.

A. Broca.

Hystéropexie. (Ueber die Annähung der retroflektirten auf gerichteten Gebärmutter an der Vordern Bauchwand, par Th. G. Léopold. In *Samml. Klinischer Vorträge. Von R. Von Volkmann*, 1889, n° 333.

Léopold a pratiqué neuf fois l'hystéropexie : dans cinq cas à la suite de castration pour salpingo-ovarites, une fois après avoir enlevé un petit myôme du fond de l'utérus, enfin dans deux cas de rétroflexion pure. Trois malades ont été suivies de un mois et demi à deux ans ; l'utérus est resté fixé, et le résultat est très satisfai-

sant. Pour Léopold l'hystéropexie est indiquée dans les trois circonstances suivantes : 1° lorsqu'il a fait une castration ou une salpingotomie pour inflammation chronique des annexes, que l'utérus rétrofléchi soit ou ne soit pas adhérent ; 2° après l'ablation des tumeurs, qui, par leur présence, ont entraîné l'utérus en rétroflexion permanente (myômes sous-péritonéaux, tumeurs ovariques ou parovariques); 3° dans les rétroflexions simples et mobiles, lorsque les douleurs sont dues uniquement à la position vicieuse de l'utérus et que tous les autres modes de traitement ont échoué.

Au point de vue technique, Léopold ne fait pas de suture spéciale pour fixer l'utérus. Il fait passer par le fond de l'organe les anses des fils destinées à réunir la plaie abdominale. Habituellement il conduit ainsi trois fils transversalement à travers le fond de l'utérus, le premier à 1/2 centimètre en avant de l'orifice des trompes, le second entre les deux trompes, le troisième à 1/2 cent. en arrière. Ces fils ne sont enlevés que du 14e au 18e jour. Dans ses huit premières observations il a avivé le fond de l'utérus, dans la dernière, il a laissé la séreuse intacte.

PIERRE DELBET.

Un cas d'hystéropexie pour rétroflexion utérine. (Un caso di gastro isterorafia anteriore per retroflessione uterina), CUZZI. *Annali di Ostetr. e Ginec.* Milano, 1890, p. 63.

Cuzzi conclut avec Olshausen et Schultze qu'il ne faut recourir à cette opération que dans les cas très graves pour lesquels les autres traitements n'ont pas réussi. Chez sa malade il fit d'abord l'ablation de petits kystes de l'ovaire et de la trompe ; puis il sutura à la paroi abdominale le côté droit de l'utérus. Une grossesse à terme lui paraît encore possible après cette opération, les adhérences pouvant se laisser distendre.

P. MAUCLAIRE.

De la ventrofixation de l'utérus. (Zur Ventrofixatio uteri), PRÆGER. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 16, p. 278.

L'auteur a pratiqué l'opération 4 fois : a) 2 fois pour *rétroflexions de l'utérus ;* b) 3 fois pour *prolapsus complet de la matrice.*

a) OBS. 1. — M... 39 ans, un accouchement, 6 années auparavant. Dans les dernières années, malaises nombreux sous la dépendance d'une rétrodévia-

tion de l'utérus. Les traitements ordinaires, y compris les pessaires ayant échoué, laparotomie et hystéropexie. Après décortication et extirpation des 2 ovaires qui étaient enfouis au milieu d'adhérences épaisses, et libération de l'utérus de ses adhérences, on appliqua de chaque côté, une ligature qui traversait les ligaments larges, comprenait le ligament long, et traversait toute la masse musculaire de la paroi abdominale. Pour terminer, il fut fait une suture au catgut, intéressant le fond de l'utérus, au voisinage de l'émergence de la trompe, et ramenant le fond de l'organe en contact avec le bord du péritoine pariétal de la plaie abdominale. *Guérison complète.* Quelques jours après, écoulement menstruel. Depuis, les règles n'ont pas reparu. Un examen pratiqué 7 mois après, montra que tous les bénéfices de l'intervention étaient conservés : fond de l'utérus 3 1/2 cent. au-dessus de la symphyse, un peu mobile ; moignon des ligaments larges solidement uni à la paroi abdominale.

Obs. 2. — 34 ans, 2 accouchements. Menstruation toutes les 2-3 semaines, 8 jours. Depuis un an douleurs très fortes. Utérus gros, rétrofléchi, est le siège, à sa paroi postérieure, d'une tumeur ; laparotomie et hystéropexie, décortication et extirpation de l'ovaire droit, extirpation partielle de l'ovaire gauche enfoui sous des adhérences très solides. Adossement à la paroi abdominale du ligament large droit au moyen de deux fils de soie, l'un traversant la corne utérine droite, l'autre le ligament large plus en dehors, les deux traversant toute l'épaisseur de la musculeuse de la paroi abdominale. Il fut impossible d'obtenir le même adossement du ligament large gauche à la paroi abdominale. *Guérison.* Un mois après l'opération, éruption menstruelle encore assez abondante. Depuis, menstruation régulière, toutes les 3-4 semaines, durant 3 jours. Plus de douleurs, *pas de douleurs vésicales*. 7 mois après l'opération, l'utérus était toujours dans une bonne situation.

b) Obs. 3. — ... 56 ans ; depuis 10 ans, prolapsus du vagin. Depuis 6 ans, constatation d'une tumeur dans le ventre. Durant les 3 derniers mois, augmentation considérable du ventre, dyspnée. *Diagnostic :* kyste de l'ovaire, proliférant, s'élevant d'une largeur de main au-dessus de l'ombilic, prolapsus complet de l'utérus, hypertrophie notable du col. Longueur de l'utérus 12 cent. Cysto et rectocèle. Laparotomie. Après issue d'environ 30 litres de liquide, extirpation d'un kyste de l'ovaire droit, plus gros qu'une tête d'adulte, tumeur en partie ossifiée. Fixation, après décollement des adhérences de l'utérus à la paroi abdominale (à travers la corne de l'utérus et le ligament large).

Suites opératoires excellentes, sauf deux trajets fistuleux aux deux points de la paroi abdominale sur lesquels portaient les sutures fixatrices. La 1re fistule s'oblitéra, après l'enlèvement d'une anse de soie. Examen, 13 mois environ après : fond de l'utérus, sur la ligne médiane, et à environ 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse, matrice légèrement mobile, 1 cent. environ, au-dessous et à gauche de l'extrémité inférieure de la plaie abdominale fistule faiblement suintante. D'une manière générale, *pas de douleurs vésicales ;* seulement, quand la vessie est distendue, sensation de pression.

Obs. 4. — ... 39 ans, 6 accouchements antérieurs; depuis 12 ans, prolapsus du vagin. Depuis plusieurs mois, douleurs épigastriques, et plus récemment augmentation de la circonférence du ventre; vomissements fréquents, dyspnée, etc. *Diagnostic :* ascite considérable, tumeur irrégulière, s'élevant jusqu'à 2 doigts au-dessous de l'ombilic, *prolapsus complet de l'utérus.* Laparotomie : extirpation des 2 ovaires, le siège d'une tumeur, solide, etc., abandon des deux pédicules. Puis, fixation à la paroi abdominale, suivant le procédé précédemment décrit, des ligaments larges au moyen de ligature de soie, et du fond de l'utérus au bord du péritoine pariétal au moyen d'une suture au catgut. *Mort* 3 jours après. *Nécropsie :* le corps de l'utérus repose immédiatement contre la paroi abdominale; après section de l'anse de catgut, il se porte un peu en arrière, aussi loin que le permet le moignon des ligaments larges fixé à la paroi abdominale. Les fils de catgut sont absolument intacts, pas de capsules autour d'eux. Les moignons au contraire des ligaments larges sont tellement adhérents, qu'il faut le couteau pour les décortiquer.

Deux méthodes de ventrofixation sont le plus en vogue, celle d'Olshausen, celle de Léopold. Toutes les deux tendent à maintenir l'utérus dans sa situation normale, au moyen d'adhérences. Olshausen cherche à faire adhérer à la paroi abdominale les ligaments larges, Léopold le fond de l'utérus. Des recherches expérimentales de Dembowsky, il résulte que les adhérences sont le résultat de l'irritation produite par les corps étrangers (fils à ligature, eschares...) mais, plusieurs faits, comme l'observation 4, prouvent que toutes les substances ne sont pas également favorables à la production d'adhérences, le catgut en particulier. Par contre la soie et les fils d'argent favorisent leur formation.

Le procédé d'Olshausen a l'avantage de laisser à l'utérus une certaine mobilité, qui lui permet de s'accommoder aux changements de volume de la vessie. De plus, quand, conjointement à l'hystéropexie, on est conduit à extirper les annexes, le moignon contribue lui-même à assurer la formation des adhérences, et cette circonstance est une sérieuse garantie contre les adhérences qu'il pourrait contracter avec l'intestin, l'épiploon, etc.

Léopold fixe le fond de l'utérus à la paroi abdominale par 1-3 ligatures de soie, qu'il enlève du 10-12e, au plus tard du 14-16e jour, époque à laquelle les adhérences sont encore extensibles. Pour assurer la soudure, il racle légèrement la séreuse péritonéale au niveau du fond de la matrice. Mais les expériences de Dembowski démontrent que cette précaution est inefficace. Toutefois,

dans son ensemble, le procédé de Léopold est bien préférable à la fixation avec le catgut, préconisée par Czerny et Veit.

L'auteur fait en passant remarquer la légère modification qu'il a introduite dans le procédé opératoire, et qui consiste à fixer, à l'aide d'un fil de catgut, le fond de l'utérus au bord du péritoine pariétal de la plaie abdominale, pour éviter la nécessité d'appliquer un pessaire les premiers jours qui suivent l'intervention.

R. L.

Carcinome de l'ovaire avec rétroversion et prolapsus de l'utérus. — Ovario-salpingotomie et hystéropexie après avivement utérin, par THIRIAR. In *Mercredi médical.* Paris, 16 avril 1890, p. 178.

Ayant eu un insuccès à la suite d'une hystéropexie abdominale, Thiriar résolut de faire l'avivement utérin. Ablation d'un lambeau comprenant le péritoine et un peu de tissu utérin dans toute la largeur d'un ligament rond à l'autre et sur une hauteur d'un bon centimètre et demi. Fixation suivant la méthode de Léopold à l'aide de trois points de suture au catgut comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, 6 mois après la guérison était maintenue. Thiriar se garde toutefois d'affirmer la certitude d'une guérison définitive, l'expérience nous montrant que des parties privées de péritoine comme des pédicules de kyste de l'ovaire peuvent ne pas contracter d'adhérence et que des pédicules utérins peuvent se détacher de la paroi après l'hystérectomie abdominale.

H. H.

Prolapsus vagino-utérins. (Prolassi vagino uterini), DECIO. *Annali di Ostet. e Ginec.* Milano, mars 1890, p. 234.

En ce qui concerne l'étiologie, Decio n'admet pas qu'il y ait toujours hypertrophie d'abord et prolapsus ensuite, dans le cas de prolapsus avec hypertrophie de la portion sus-vaginale du col. Il étudie ensuite ces prolapsus qu'il divise en prolapsus vagino-utérins sans hypertrophie, prolapsus de la paroi vaginale antérieure avec hypertrophie du col, et enfin prolapsus des parois vaginales, antérieure et postérieure avec hypertrophie sus-vaginale. Si dans les deux premiers cas la colporrhaphie donne de bons résultats, dans le cas d'hypertrophie sus-vaginale la récidive est fréquente. Cela tient peut-être aux rapports sexuels, à la miction ou à la défécation mal réglées, au relâchement de tous les tissus du petit bassin et du périnée, à la tendance du col à l'hypertrophie parce qu'il est dans une situation vicieuse. P. MAUCLAIRE.

VARIA

Sur la question du traitement de l'ostéomalacie. (Zur Frage der Therapie bei osteomalacie). FEHLING. *Cent. f. gyn.*, 1890, nº 5, p. 73.

Comme l'a démontré Baumann dans son mémoire, l'ostéomalacie a guéri toutes les fois que l'opération de Porro a été faite ; ce qui n'a pas eu lieu dans la plupart des cas où l'on a eu recours à la césarienne avec suture de l'utérus.

En ce qui concerne la castration, l'auteur l'a pratiquée dans 3 cas d'ostéomalacie et avec succès. Hoffa, P. Muller, Winckel ont rapporté des résultats semblables. Certes, si l'on faisait toujours la castration tout de suite après l'accouchement, on pourrait prétendre que c'est, conformément à l'opinion de Zweifel, l'inaptitude à la fécondation qui modifie heureusement la maladie. Mais, l'auteur a eu l'occasion d'enlever les ovaires à des femmes, de 2 à 3 ans après leur dernier accouchement, parce que la maladie, en dehors de toute nouvelle grossesse, avait de nouveau empiré. Et le résultat a été toujours le même, c'est-à-dire heureux. C'est donc en supprimant la fonction ovarique que le chirurgien a été utile.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Les Accouchements à la Cour (1), par G.-J. WITKOWSKI.

L'ouvrage du docteur Witkowski est la suite de recherches de longue haleine. La première série de ces travaux originaux a paru dans l'*Histoire des accouchements chez tous les peuples*, auquel était adjoint un atlas très précieux des instruments employés par les accoucheurs et intitulé l'*Arsenal obstétrical*. Le volume actuel

(1) G. STEINHEIL, édit. In-8°, 410 pages, avec figures.

s'occupe surtout des accouchements à la cour. L'auteur nous annonce qu'il le fera suivre de deux autres volumes, le premier : les *Accoucheurs et Sages-femmes célèbres*, le second : *Anecdotes et curiosités sur les accouchements*. Ces cinq volumes formeront l'ouvrage documentaire le plus étendu, concernant l'histoire archéologique, littéraire et anecdotique des accouchements de tous les temps et de tous les pays.

Dans les *Accouchements à la Cour*, l'auteur a surtout cherché les incidents curieux et les singularités observés pendant la grossesse et l'accouchement des souveraines. Il y note le cérémonial suivi à leurs couches, ainsi que les fêtes et les réjouissances données à l'occasion de la naissance des Dauphins. Il n'a pas dédaigné d'étendre ses recherches aux maîtresses de nos monarques.

Dans un appendice, il s'est occupé des particularités qui ont accompagné la naissance de quelques littérateurs ou artistes célèbres, tels que Raphael, Voltaire, Victor Hugo, etc. ; il a recueilli sur la papesse Jeanne des renseignements très curieux.

L'auteur a intercalé dans cet ouvrage les *Six couches de Marie de Médicis* par Loyse Bourgeois ; l'intérêt et aussi la rareté de l'ouvrage l'ont décidé à le vulgariser. Il s'est aussi longuement étendu sur les *Accouchements de la duchesse de Berry*, en citant les passages les plus intéressants des volumineux mémoires de Deneux, qui sont restés manuscrits jusqu'à ce jour et qui se trouvent actuellement entre les mains de M. le Prof. Tarnier ; l'auteur a eu la bonne inspiration de publier ces curieux documents qui appartiennent aussi bien à l'histoire qu'à l'obstétrique.

Ce volume contient, en outre, de nombreuses figures qui sont, pour la plupart, des reproductions de médailles frappées à l'occasion de la naissance des souverains ; ou de tableaux historiques représentant des portraits, des scènes de naissance, de baptême, de relevailles ; ou encore de berceaux qui existent dans les musées français et étrangers.

Il faut savoir gré au D[r] Witkowski de la ténacité avec laquelle il poursuit depuis de nombreuses années ces intéressantes recherches, qui doivent trouver leur place dans la bibliothèque de tout accoucheur curieux de son art.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

MARCY. — The animal suture : its place in surgery. — The cure of hemorrhoids by excision and closure with the buried animal suture.

TAYLOR. — A hitherto undescriwed form of new growth of the vulva. — Some practical points in the treatment of syphilis. — A further contribution to the study of molluscum fibrosum; etiology, fibromatous infiltration, etc... — History of a case of syphilis fourteen years after the onset of cerebral symptoms, etc... — Chronic inflammation infiltration and ulcération of the external genitals of women. — Primary melano-sarcoma of the vulva.

MARTA. — La cura chirurgica dell'ematocele retro-uterine. — Studi clinici sull'pematocele periuterine. — Morphinismo et gravidanza. — Morphinismo et gravidanza (notare completare). — Rottura centrale del perineo episistomia ed episioperineo plastico-rafia e constitutio clinico alla cura dell'edema acuto primitivo della laringe. — Un operazione cesarea col metodo di Sänger. — Due casi di mola vescicolere. — Contributo alla storia dello sviluppo rapido di alcuni tumori durante la gravidanza.

HART et BARBOUR. Manual of gynecology 4 th ed., Edinburgh and London, 1890.

LÉGENDES DES PLANCHES

PLANCHE I. — Fig. 1. — Coupe du muscle utérin et de la muqueuse. — Streptocoques en violet. — Fig. 2. — Muqueuse utérine infiltrée de chaînettes et de bâtonnets.

PLANCHE II. — Fig. 1. — Veines intra-utérines dont les parois sont tapissées de streptocoques. — Fig. 2. — Vaisseau lymphatique intra-utérin rempli de streptocoques.

PLANCHE III. — Fig. 1. — Caillot produit dans une veine sus-hépatique par dépôt de streptocoques, sur sa surface interne. (Les chaînettes pénètrent le caillot après sa formation.) — Fig. 2. — Veine sus-hépatique remplie de streptocoques commençant à diffuser dans les capillaires du voisinage.

PLANCHE IV. — *Phlegmatia alba dolens.* — Fig. 1. — Vue d'ensemble de toute l'épaisseur de la veine. — Fig. 2. — Bord libre du caillot fibrineux de la veine iliaque. — Fig. 3. — Union des tuniques moyenne et externe de la même veine.

Ces planches sont extraites de la thèse de notre ami WIDAL.

V. W.

(Voir la *Revue générale*, page 367).

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

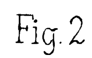


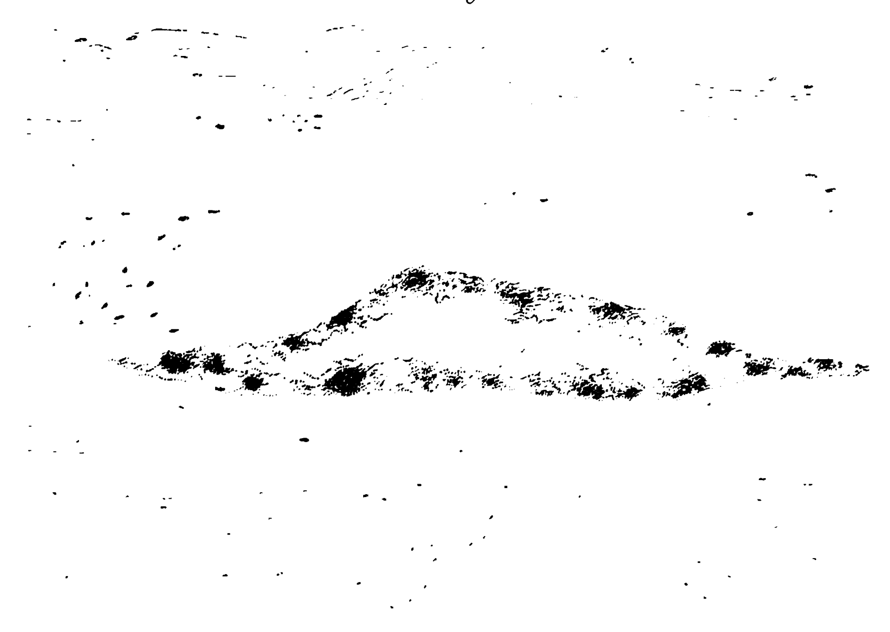
Fig. 2

Pasquier pinx[t] Leuba lith

G. Steinheil Editeur

Imp. Lemercier & C[ie] Paris.

Fig 2



Du Pasquier pinx[t] Lev[t]

G. Steinheil Editeur

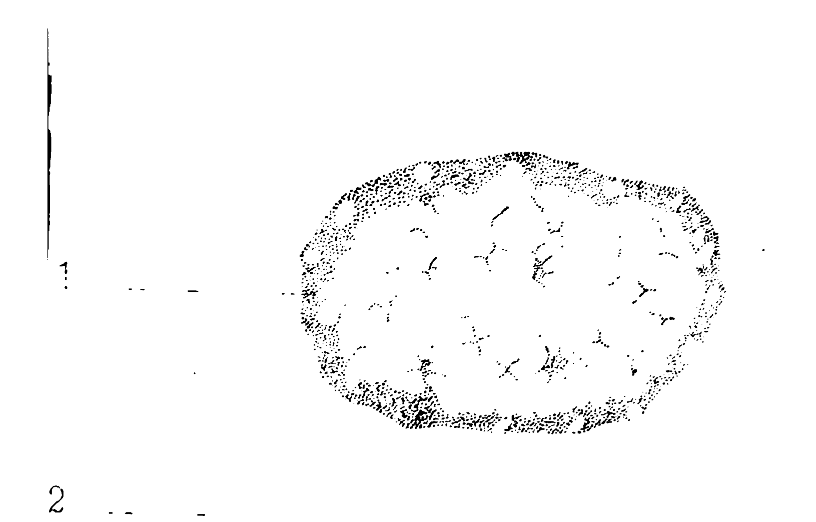


Fig. 2

1

Du Pasquier pinx^t

Leuba lith

G. Steinheil Editeur

Fig 1



Fig. 2



Fig. 3



Du Pasquier pinx[t]

Leuba lith.

G. Steinheil Édit.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LES INFLAMMATIONS DES OVAIRES (OOPHORITES)

Par le professeur **Slaviansky** (1).

Symptômes.

De l'intensité et du degré de généralisation de l'inflammation du péritoine recouvrant les divers organes de l'ovaire dépend cette diversité dans les tableaux symptomatologiques qu'on trouve tracés dans les descriptions des auteurs. Faisant abstraction autant que possible de tout phénomène dû à la péritonite, localisée sur divers organes de la cavité du bassin, nous pouvons grouper les symptômes appartenant exclusivement à l'état inflammatoire de l'ovaire, à l'oophorite pure, telle qu'on la rencontre quelquefois en pratiquant la castration. Ces symptômes sont : une douleur localisée, la dysménorrhée et divers phénomènes de nature réflexe.

La combinaison de tous ces symptômes, ou de quelques-uns d'entre eux, se rencontre généralement dans les oophorites interstitielles et les oophorites mixtes ; tandis que les

(1) Leçon faite à l'Académie impériale de médecine de St-Pétersbourg (27 septembre 1889). Voir les *Annales de Gynécologie*, mai 1890.

inflammations parenchymateuses pures telles que celles qu'on constate dans les maladies générales infectieuses ou dans les intoxications ne se manifestent par aucun symptôme bien tranché ; ce n'est que quelque temps après qu'on peut soupçonner leur existence grâce à la stérilité qui les suit.

Une douleur limitée, sourde, quelquefois très aiguë et lancinante, localisée par les malades elles-mêmes, à une région bien circonscrite, a pour cause l'état de turgescence de l'ovaire atteint, ce qui peut bien être démontré au moyen du toucher et de la palpation combinée. La douleur sourde continue, s'observe surtout dans les oophorites folliculaires chroniques, quand la membrane albuginée de l'ovaire est très épaissie et quand il y a beaucoup de follicules et de vésicules de Graaf très augmentés de volume. L'ovaire dans ces conditions est très turgescent, très douloureux à la moindre pression.

En dehors de ces faits, nous avons observé une douleur ayant les mêmes caractères ; strictement localisée à l'ovaire, mais n'augmentant pas à la pression, dans les cas d'ovaires rétractés (Cirrhosis sic dicta) où tous les follicules visibles à l'œil nu ont complètement disparu.

A l'examen microscopique des ovaires ainsi altérés, on voit le stroma conjonctif très développé et de nombreuses cicatrices étoilées, à la place des follicules atrésiés. La présence d'un grand nombre de ces cicatrices peut, à notre avis, expliquer jusqu'à un certain point, la douleur continue dont souffrent les malades, douleur due aux tiraillements subis par l'ovaire, ainsi qu'à la compression des terminaisons nerveuses et des troncs. La douleur s'accentue généralement chaque fois que la pression intra-abdominale augmente : ainsi à chaque tentative que fait la malade pour marcher, sous l'influence de la pression exercée sur le bas du ventre au niveau de la région de l'ovaire ; la douleur devient plus intense aussi toutes les fois qu'il se fait un afflux de sang vers les organes du bassin, pendant la période menstruelle par exemple (*dysménorrhée ovarienne*) et pendant le coït (*dys-*

pareunie). S'il s'agit d'une inflammation de l'ovaire gauche, la douleur devient très intense pendant la défécation ; par la même raison l'accumulation des masses fécales dans le cæcum, provoque de fortes douleurs dans le cas d'oophorite droite.

A l'exemple de beaucoup d'autres auteurs (Scanzoni, Fritsch, etc., etc.) nous pouvons signaler l'existence de ces douleurs irradiées vers l'une ou l'autre cuisse suivant l'ovaire atteint. Indépendamment de ce phénomène, j'ai pu souvent constater l'existence d'un certain degré d'hyperesthésie cutanée dans la région innervée par le nerf génito-crural du côté de l'ovaire malade. Cette hyperesthésie est encore plus marquée pendant la période menstruelle.

Le caractère de l'écoulement menstruel est diamétralement opposé suivant les degrés de l'altération du tissu ovarien. L'écoulement est très fort (ménorrhagie), plus fréquent qu'à l'état normal, ou au contraire il est minime, retardé, et quelquefois même n'apparaît pas du tout (aménorrhée). Dans le premier cas nous avons affaire à un processus inflammatoire interstitiel ou parenchymateux, actif, intense, compliqué en même temps d'un certain degré d'altérations inflammatoires de la muqueuse utérine (*endométrite hémorrhagique*), comme cela se rencontre souvent au cas d'inflammation des annexes utérines et du péritoine qui le recouvre. L'aménorrhée complète dans le cas d'oophorite se rencontre assez rarement.

La destruction des follicules qu'on rencontre dans quelques formes d'oophorites parenchymateuses, celles par exemple qui accompagnent les maladies générales de nature infectieuse, peut en être la cause, et nous connaissons plusieurs faits où des malades, malgré un rétablissement complet après une fièvre typhoïde ou un typhus exanthématique, n'ont jamais vu reparaître leurs règles et sont restées stériles pour le reste de leur existence (*stérilité acquise*) malgré une santé florissante et des organes génitaux en apparence normaux.

D'autre part, la stérilité consécutive à l'inflammation chronique des ovaires, est un fait exceptionnel et les cas ne sont pas rares, où des femmes affectées depuis nombre d'années d'inflammation des ovaires, conservent leur fécondité (1).

Les recherches expérimentales sur les animaux d'un côté (2) et les données que nous fournit la pratique des castrations de l'autre nous démontrent que l'ovaire est un organe qui transmet l'effet de l'irritation reçue par réflexe sur d'autres organes ; ce sont surtout les troubles dans la fonction du cœur, et les modifications dans la pression sanguine qui sont très apparentes.

Connaissant ainsi cet état de l'irritabilité des ovaires, il nous est bien facile de comprendre tous ces phénomènes nerveux, d'origine réflexe, que nous observons chez les malades affectées d'inflammation de ces organes.

Nous nous bornerons à mentionner quelques-uns des plus fréquents.

Ce sont des douleurs névralgiques, apparaissant dans l'une ou l'autre région du corps ; mais surtout fréquentes dans la région dorsale de chaque côté de la colonne vertébrale à la sortie des paires rachidiennes et plus loin suivant le trajet de ces mêmes nerfs. On rencontre aussi assez souvent des névralgies de la 6e et 7e paire intercostale du côté de l'ovaire affecté ; il faut citer aussi les migraines comme un des troubles les plus constants et les plus marqués dans l'affection qui nous occupe.

On constate assez fréquemment divers troubles rappelant l'angine de poitrine, l'anxiété précordiale, des intermittences dans les battements du cœur, symptômes très pénibles sur lesquels se fixe l'attention des malades. Quelquefois, phénomène d'ordre réflexe, apparaît une toux continue tout

(1) DUNCAN. *Clinical lecture on the diseases of women*, 1883, p. 197.

(2) ROHRIG. Experiment untersuch über die Physiologie des Uterus bewegungen. *Virchow's Archiv.*, LXXVI, 1879.

à fait identique à la toux des femmes enceintes (A crade cough des Écossais). Il faut noter comme troubles du côté de l'estomac : la sécrétion insuffisante du suc gastrique, trouble de nature réflexe dû à l'irritation du nerf sympathique ; il s'ensuit une dyspepsie qui ne cède à aucun des traitements ordinaires.

Nous devons ranger dans la même catégorie de faits les nausées, le hoquet et des vomissements quelquefois très intenses, pouvant donner lieu à une interprétation des choses tout à fait erronée, surtout quand il s'agit de jeunes filles de 16 à 23 ans. Il est même très possible dans ces conditions de prescrire un traitement, sans qu'on soupçonne aucunement l'existence d'une affection des ovaires.

L'état psychique des malades affectées d'oophorites chroniques est généralement très atteint. Les malades sont dans un état d'abattement moral très prononcé, mais conservent presque toujours la faculté d'analyser leur situation et tout ce qui les entoure. L'hystérie dans ces conditions est très rare.

L'état général de ces malades est plus ou moins tolérable au début de l'affection. Mais, à la longue, il finit par être sérieusement atteint, et les pauvres malades deviennent impropres à tout travail. L'impossibilité d'une alimentation régulière et suffisante vu l'état de dyspepsie surajouté (dyspepsie ovarienne) épuise l'organisme et prépare un terrain très propice au développement du bacille tuberculeux. Les sommets sont atteints très rapidement et bientôt on est en présence du tableau complet d'une phtisie confirmée.

Cette étiologie de la tuberculose chez des femmes très jeunes, dans l'épanouissement complet de la vie sexuelle, n'est pas rare, comme l'indiquent les recherches à ce sujet de Im. Fothergill, faites sur les malades du grand hôpital pour les poitrinaires du City à Londres (1).

---

(1) *The American Journal of Obstetrics*, etc., t. XI, p. 11.

Marche et terminaisons.

Les oophorites, comme tout travail inflammatoire, peuvent avoir une marche aiguë, ou chronique. Les formes inflammatoires parenchymateuses, que l'on rencontre dans le cours des maladies générales, infectieuses, ainsi que les oophorites interstitielles d'origine septique, se manifestant pendant certaines affections de la période post-puerpérale, ont un début et une marche aiguë. Il est assez rare d'observer une marche aiguë au cas d'oophorite mixte (oophorite folliculaire) se développant par exemple à la suite de très grandes brûlures, ou après un refroidissement d'une grande surface du corps, ou quelquefois après un coït immodéré qui suit de près la période menstruelle. Toutes ces formes d'oophorites, ayant une marche aiguë, aboutissent inévitablement à la destruction du follicule altéré. Toutefois, la restitution *ad integrum* de l'organe peut être plus ou moins complète.

L'une des terminaisons assez rares est la formation de petits abcès, répondant aux follicules atteints. Les oophorites débutant dans la période post-puerpérale donnent lieu à la formation de vastes abcès, détruisant tout le tissu ovarien. Dans ces conditions, le péritoine environnant est généralement aussi envahi par l'inflammation; le processus présente, dans ces cas, la marche d'un abcès péri-utérin, et ce n'est qu'à l'autopsie, qu'on parvient à retrouver le point de départ de la suppuration.

Le passage de l'oophorite aiguë à l'état chronique est une terminaison bien malheureuse, qu'on rencontre très souvent, surtout au cas d'inflammation due à la contagion blennorrhagique. Ordinairement, l'inflammation chronique a un début insidieux, la lésion se généralise lentement, envahissant des territoires de plus en plus grands. Les formes parenchymateuses pures ne présentent cette marche chronique que chez les sujets débiles et chez les enfants.

Les oophorites mixtes et certaines formes transitoires où les couches conjonctives du follicule et le stroma de l'ovaire sont principalement atteints, ont au contraire presque toujours une marche lente et chronique.

Au point de vue anatomique, le processus présente rarement un caractère diffus, il se localise généralement sur certains territoires ; s'affaiblissant dans un endroït pour recommencer dans un autre, et donnant lieu à un tableau symptomatique d'un processus chronique avec de fréquentes recrudescences.

La cause de ces poussées aiguës, si caractéristiques au cours d'un processus chronique, est très simple; dans l'étiologie de l'affection nous retrouverons toujours une cause déterminante, qui persiste pendant toute la durée de l'affection et donne lieu à de nouvelles poussées inflammatoires.

Les deux ovaires ne sont pas toujours atteints en même temps, quelquefois l'un deux peut être complètement sain tandis que l'autre est enflammée. Au cas d'inflammation simultanée des deux ovaires, le processus est toujours plus marqué sur l'un d'eux ; dans la majeure partie des cas c'est sur l'ovaire gauche que l'inflammation est plus intense.

Il n'est pas rare de voir l'inflammation se calmer sur un des ovaires et en même temps devenir plus intense sur l'organe du côté opposé. Ces nouvelles poussées du processus et ce passage de l'inflammation d'un ovaire à un autre, peuvent persister durant des années entières, ne permettant jamais aux pauvres malades de jouir d'un moment de repos. Quelquefois, au contraire, on observe des cas où le processus se calme pour un laps de temps plus ou moins long et les malades jouissent pendant une certaine période d'un état de santé relativement bon.

Les faits, où les troubles provoqués par l'oophorite chronique disparaissent complètement et où les malades guérissent, s'observent bien rarement.

Dans ces conditions, la guérison peut s'effectuer de deux manières bien différentes ; les ovaires continuent leur fonc-

tionnement, vu que le processus inflammatoire n'a détruit qu'une certaine partie de leurs follicules, ou l'inflammation a envahi tout le follicule en détruisant le parenchyme de l'organe, et laissant à sa place un tissu interstitiel. Cette dernière terminaison est assez rare; les malades présentant des ovaires aussi gravement altérés n'ont plus leurs règles et restent stériles.

Examen objectif et diagnostic.

L'exploration de l'ovaire enflammé, ainsi que de l'organe à l'état sain, ne peut se faire qu'au moyen du toucher vaginal combiné à la palpation abdominale. Quelquefois cependant, dans le cas où l'organe a subi un déplacement, nous parvenons à l'explorer au moyen du toucher vaginal ou rectal seul, mais pour nous faire une idée juste de son volume, de sa consistance et des modifications qu'a pu subir sa surface, nous devons toujours recourir au toucher vaginal, combiné à la palpation abdominale.

Quand l'ovaire malade est très douloureux, sensible, les muscles droits de l'abdomen se contractent à la moindre tentative d'exploration et pour vaincre dans ces conditions la résistance qu'oppose la paroi abdominale rigide et contractée, nous devons employer le chloroforme.

Le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale sur des sujets d'un embonpoint modéré, permet de saisir l'ovaire entre un doigt de chaque main, et de se rendre compte de son volume, de sa forme, de sa consistance, et de toutes les particularités que présente sa surface. Si l'on n'a pas trouvé l'ovaire à l'endroit qu'il occupe ordinairement, il faut explorer toute la cavité du petit bassin, car l'organe, grâce aux adhérences, peut être déplacé et se trouver même au-devant de l'utérus.

En cas d'inflammation de l'ovaire, non compliquée d'inflammation du péritoine environnant, il se présente à la palpation comme un corps ayant une forme oblongue, ou plus

ou moins arrondie ; il est augmenté de volume, mais rarement dépasse le double de son volume normal. Quelquefois, quand l'ovaire a subi un déplacement, et que l'examen se fait vite, l'ovaire, grâce à la facilité que nous avons de l'atteindre et le palper, peut paraître augmenté de volume, alors qu'il ne l'est pas en réalité ; la palpation de l'ovaire provoque toujours une certaine douleur qui peut être si intense, que toute exploration devient impossible à défaut de narcose. Quand l'ovaire est tenu entre les doigts des deux mains nous devons déterminer d'une manière plus précise, non seulement son volume, mais aussi sa consistance, juger si cette dernière présente dans toutes les parties de l'organe le même caractère ; puis, enfin, nous devons noter les caractères que présente la surface de l'organe; est-elle lisse, ou bien offre-t-elle des nodosités ? On constate facilement que ces nodosités ont une consistance élastique toute différente de celle que présente le reste du tissu ovarien. Généralement la fluctuation ne peut être constatée.

On parvient assez facilement, comme nous l'avons fait voir, à palper l'ovaire malade, s'il n'y a pas d'altérations bien marquées des parties qui entourent l'organe. Un exsudat fibrineux plus ou moins considérable dans le cas d'inflammation aiguë, ou des pseudo-membranes s'il s'agit d'une oophorite chronique, peuvent entourer l'ovaire complètement, et le cacher à toute investigation. A la longue, quand toutes ces adhérences inflammatoires, auront subi une évolution régressive, l'ovaire devient plus accessible et c'est alors que nous constatons, en l'explorant, que le point de départ de la périmétrite latérale constatée était justement l'ovaire enflammé lui-même.

Il n'est pas rare, de trouver à la palpation, à côté de l'ovaire enflammé, une trompe épaissie, envahie aussi par le travail inflammatoire.

La formation d'un abcès dans l'ovaire, dans le cas d'oophorite aiguë, est toujours accompagnée d'une péritonite très intense de la séreuse, qui recouvre les organes voisins. Dans

ces conditions, les contours de l'ovaire, quoique augmentés de volume, ne peuvent être déterminés, et par conséquent, le diagnostic d'un abcès ovarien, est presque toujours impossible.

D'accord sur ce sujet avec S. Simpson, nous croyons que ce n'est qu'à l'autopsie, qu'on retrouve le point de départ de ces abcès. Mais, grâce aux progrès de la chirurgie moderne, la laparotomie exploratrice pourra nous indiquer le caractère de la lésion et nous fournir des données pour agir et éviter ainsi l'autopsie.

Grâce aux données, que nous venons d'exposer, fournies par l'examen objectif, nous pouvons poser le diagnostic de l'inflammation de l'ovaire, d'une manière très précise, mais quelquefois dans le cas de complication du côté du péritoine, le diagnostic ne peut être posé séance tenante ; il faut explorer à plusieurs reprises pour tirer une conclusion nette et précise sur la nature et le caractère de la lésion. Les signes subjectifs et les antécédents pathologiques, ne peuvent en général nous fournir que des données fort incertaines ; c'est pour cette raison qu'il est toujours bien difficile de poser le diagnostic de l'oophorite, quand il s'agit de jeunes filles, conditions où nous ne pouvons pas recourir à l'exploration combinée. Dans ces cas, nous devons nous contenter d'indiquer un traitement suivant la méthode *ex juvantibus et nocentibus*. Pour le diagnostic différentiel entre l'ovaire augmenté de volume et une néoformation développée dans l'ovaire même ou une tumeur pédiculée de la région, nous avons généralement recours à un signe très précieux, c'est dans le cas d'oophorite, l'augmentation périodique de l'ovaire pendant les époques menstruelles : ce signe différentiel est très recommandé par Gaillard Thomas (1).

Un kyste de l'ovaire, au début de son développement, amène aussi une augmentation de volume modérée, qui pourrait faire penser à une oophorite, mais l'ovaire dans le pre-

---

(1) Meyer. *Arch. f. Gynaecol.*, XXVIII, p. 31.

mier cas est indolore à la palpation et surtout il ne présente pas ces augmentations périodiques de volume correspondant avec les époques menstruelles. Les fibro-myômes sous-péritonéaux, à pédicule long, peuvent ressembler par leur volume et leur forme à un ovaire enflammé, mais ces tumeurs-là ne présentent jamais une augmentation périodique de volume, comme l'oophorite. Un signe bien caractéristique de l'oophorite folliculaire est, suivant notre propre expérience, la variation de volume de l'ovaire, que l'on constate en répétant à de courts intervalles l'examen physique; cette variation de volume n'a aucune relation avec les époques menstruelles, elle est due à l'évolution des follicules, qui, ayant atteint un certain degré de développement, subissent une transformation régressive, s'atrésient. Formant bosselures sur la surface de l'ovaire, les follicules, en s'atrésiant, amènent non seulement la disparition des nodosités, mais en même temps une diminution de volume général de l'ovaire.

Dans le diagnostic différentiel des affections de l'ovaire, nous devons bien séparer des inflammations de l'organe un état pathologique, décrit par Charcot sous le nom d'ovarie; cette dernière est une maladie d'origine nerveuse, de nature hystérique. Explorant les ovaires pendant le sommeil chloroformique nous pourrons constater que, dans le dernier cas, les ovaires ne sont pas augmentés de volume.

Pronostic.

La restitution *ad integrum* des follicules déjà envahis par le travail inflammatoire est chose impossible; à ce point de vue, le pronostic est toujours très sérieux; mais, comme d'un autre côté il est très rare d'observer des cas où tout le parenchyme ovarien soit atteint par le travail inflammatoire, il reste toujours un certain nombre de follicules ayant conservé une intégrité complète; par conséquent, l'ovaire affecté peut revenir au point de vue fonctionnel à l'état normal. Le pronostic est donc très bénin, surtout quand il s'agit de cas

légers et de courte durée. Il devient très sérieux, menaçant même l'existence, toutes les fois que l'inflammation aboutit à la formation d'un abcès. Pourtant, si on intervient promptement et *à temps*, il perd beaucoup de sa gravité. Les oophorites chroniques, de longue durée, cèdent difficilement à tout traitement; dans la grande majorité des cas, on ne parvient pas à la guérison complète et tout ce que nous pouvons espérer, c'est de procurer à nos malades un certain soulagement, dû aux intervalles de rémission du travail inflammatoire, plus ou moins durables.

Le processus inflammatoire de longue durée, provoquant des altérations très graves du tissu ovarien, aboutit inévitablement à la stérilité qui ne cède à aucun traitement. Les malades sont condamnées pendant la meilleure période de leur existence à supporter des douleurs presque continuelles, se localisant dans la cavité pelvienne et dans d'autres régions du corps. Dans ces cas le pronostic, au point de vue de la guérison, est très peu consolant, quoique l'affection elle-même ne menace pas directement l'existence des malades. L'intervention chirurgicale, même dans ces cas désespérés, peut donner de très bons résultats. Grâce à l'opération nous pouvons voir revenir à une santé florissante nos anciennes malades, mais elles ont perdu désormais toute possibilité de devenir mères.

Traitement.

Nous ne réussissons pas, dans la majeure partie des cas, à remplir la première indication de tout traitement: *combattre la cause déterminante*. Les inflammations aiguës débutant dans le courant de l'une ou de l'autre infection, doivent être traitées au point de vue symptomatique, mais en même temps nous devons aussi traiter la maladie générale, qui a causé l'affection locale. Dans les formes chroniques de l'inflammation de l'ovaire, nous parvenons quelquefois à combattre

l'une des causes, si ce n'est la cause première, du moins celle qui entretient l'affection.

L'oophorite *aiguë* dans ses formes intenses est toujours accompagnée de l'inflammation de la séreuse avoisinante ; au lit de la malade, l'affection de l'ovaire est toujours voilée par les symptômes de la péritonite qui l'accompagne. Notre médication ne diffère donc en rien du traitement de la périmétrite aiguë : glace sur le bas du ventre, repos absolu, lavements, en cas de fièvre des antipyrétiques ; contre les douleurs intenses, des narcotiques, sous forme d'injections sous-cutanées de morphine ou des suppositoires calmants dans le rectum.

Si l'inflammation se transforme en abcès, et si nous avons des raisons de présumer que la collection purulente n'est pas dans le tissu péri-utérin, mais n'est qu'un abcès ovarien qui peut être enlevé totalement, la laparotomie est formellement indiquée. Nous pouvons signaler des observations de ce genre, appartenant à Martin et Doléris (1) où la guérison a été le résultat de l'extirpation complète des ovaires suppurés. En cas de diagnostic incertain d'un abcès développé dans l'ovaire même, mais quand la fluctuation est bien nette, nous pouvons recourir à la ponction par un des culs-de-sac du vagin, et à l'aspiration du pus avec l'appareil de Dieulafoy, cette intervention donne quelquefois des résultats bons et durables. Les oophorites à marche chronique exigent avant tout un repos absolu ; il faut en même temps combattre toute cause occasionnant une hyperhémie des organes pelviens. L'on doit procurer aux malades un repos physique et moral plus ou moins absolu : une marche prolongée, tout travail physique, surtout le mouvement des jambes pour faire marcher la machine à coudre est expressément défendu.

On doit en même temps recommander aux malades de garder le lit pendant les époques menstruelles et surveiller

(1) MARTIN. *Cent.-Bl. f. Gyn.*, 1887, p. 308.

DOLÉRIS. *Nouvelles Archives d'obstétrique, etc.* 1888. *Répertoire universel*, p. 254.

attentivement l'évacuation de l'intestin. Chez des malades ayant une tendance à la constipation, quand il s'agit d'oophorite du côté gauche, nous devons provoquer des selles liquides. Le coït doit être expressément défendu quand il y a dyspareunie provoquée par le déplacement de l'ovaire ; si les symptômes de dyspareunie n'existent pas les relations sexuelles modérées doivent être autorisées, car une continence absolue amènerait une tendance à l'hyperhémie des organes génitaux, de plus l'état d'orgasme génésique survenant la nuit a une influence très fâcheuse sur l'affection de l'ovaire.

On réussit d'une manière très suffisante à donner le repos à l'organe affecté en introduisant dans le vagin le pessaire mou de Mayer ou un pessaire analogue à celui que nous employons au cas de métrite ; ces pessaires, fixant l'utérus, mettent l'ovaire enflammé à l'abri des variations brusques de la pression intra-abdominale.

En cas de nouvelles poussées inflammatoires, surtout quand les douleurs deviennent très intenses, une vessie pleine de glace, placée sur le bas du ventre, les scarifications du col et les injections sous-cutanées de morphine sont des moyens très efficaces. Après la période aiguë, quand les phénomènes inflammatoires se calment, on réussira à combattre les douleurs continuelles, localisées dans la région de l'organe enflammé, au moyen de révulsifs appliqués sur la peau du bas-ventre, ou sous forme de badigeonnages répétés avec la teinture d'iode, ou des vésicatoires volants (1).

Au cours des oophorites chroniques les médicaments résolutifs ont une très grande importance ; une fois les phénomènes aigus calmés, on doit avoir recours aux préparations iodées. L'iodure de potassium à l'intérieur et extérieurement sous forme de bains généraux, et des suppositoires introduits dans le vagin.

---

(1) R. SLAVIANSKY. *Pathologie et thérapeutique des organes génitaux de la femme*, 1888, t. I, p. 456.

Rp. Iodure de potassium........................ 0,5
Chlorhydrate de morphine................. 0,01
Beurre de cacao.......................... 2,0

F. S. A.

Un suppositoire avant le sommeil.

Nous associons généralement à ces moyens l'usage des douches vaginales de 48° à 50° C. que les malades font avant de se coucher. Ce traitement, à condition que toutes les indications y soient remplies, donne quelquefois, déjà au bout de quelques semaines, des résultats très satisfaisants (1).

Dans ces derniers temps, nous avons acquis dans le massage un nouveau moyen très précieux dans le traitement des oophorites; 40 à 75 séances de massage, dans l'espace de deux ou trois mois, suffisent généralement, comme nous l'avons observé dans notre clinique, pour que les ovaires augmentés de volume et très douloureux, reviennent complètement à l'état normal.

Les ménorrhagies, et l'écoulement catarrhal de la cavité utérine, dus à l'endométrite, liée elle-même à l'oophorite existante, exigent quelquefois un traitement spécial qui doit viser principalement les altérations de la muqueuse utérine.

Les pertes sanguines liées à l'endométrite fongueuse doivent être traitées par le *curage de la muqueuse* malade au moyen d'une curette tranchante. Ce traumatisme opératoire n'a généralement aucune influence fâcheuse sur l'ovaire enflammé. Au contraire, on constate très souvent après l'opération, une certaine amélioration dans l'état de l'organe.

Nous pouvons recommander aussi l'usage de l'*électricité* comme un moyen hémostatique très efficace; quelques séances généralement suffisent. Quelquefois même une seule application du courant continu, l'anode, introduit sous forme de sonde utérine dans la cavité de l'utérus, arrête l'hémor-

(1) SEMIANNIKOOF. Le massage en gynécologie. *Journal d'accouchement et des maladies des femmes*, St-Pétersbourg, t. II, 1888, p. 878.

rhagie. La force à employer varie entre 75 et 100 milliampères. Nous avons pu observer l'efficacité de ce moyen dans plusieurs cas où le curage de la muqueuse resta sans résultat (1).

L'existence de toute altération, indiquant l'infection blennorrhagique, au point de vue du traitement, a une très grande importance. Partout où ces altérations seront constatées, sur toute la longueur du canal génital, elles doivent être traitées d'une manière appropriée. En prescrivant le traitement local, nous ne devons pas oublier l'état de la santé générale de nos patientes. Les malades atteintes d'oophorite chronique en dehors de nombreux troubles d'origine nerveuse et de nature réflexe, présentent généralement un état d'épuisement, plus ou moins marqué, de tout l'organisme. En première ligne, comme nous l'avons déjà indiqué, se place la dyspepsie d'origine réflexe, due à l'irritation du nerf sympathique.

Pour combattre ces phénomènes, le bromure de potassium est le remède par excellence ; il jouit à ce point de vue d'une faveur non usurpée. Nous le prescrivons ordinairement associé à l'infusion de gentiane, stomachique amer très actif.

Rp. Bromure de potassium..................	5,0
Inf. de gentiane.........................	150,0

M. D. S. une cuillerée à bouche 4 fois dans la journée.

L'amélioration ne se fait pas attendre : la dyspepsie disparaît, l'appétit revient, la digestion stomacale devient régulière.

Pour régulariser les garde-robes nous pouvons associer au bromure de potassium des sels neutres.

Rp. Sulfate de soude........................	8,0
Bicarbonate de soude	35,0
Acid. tartrique....................... ...	24,0

M. D. S. une cuillerée à thé dans un demi-verre d'eau, 2 fois par jour.

(1) Masseine. *Compte rendu de la Société d'accouchement et de gynécologie de St-Pétersbourg*, séance du 19 octobre 1889.

Ou, en cas de besoin, une pilule de podophiline.

Rp. Podophiline.......................... 0,6
Extr. de belladone.. 0,12
Extr. d'absinthe....................... q. s.
Pour 40 pilules.
1 ou 2 pilules avant de se coucher.

Pour relever la santé générale, on veillera à ce que l'alimentation soit nutritive et légère, on prescrira du vin à petite dose, répétée plusieurs fois par jour et les préparations arsenicales.

Rp. Solut. arsenicale de Fowler............ 5,0
Teinture d'écorces de quinquina composée 50,0
M. D. S. 10 gouttes 2 fois par jour pendant le repas.

Prescrivant à nos malades l'usage des eaux minérales pendant la saison d'été, nous pourrons quelquefois avoir des résultats remarquables et tout à fait inattendus. Envoyant nos malades à Essentouki, Staraya Roussa, Drouskeniky, Lipetsk, etc., etc., nous parvenons, en changeant complètement les conditions de l'existence quotidienne, à éloigner de nos malades nombre de causes, ayant une influence fâcheuse sur la marche de la maladie. En soumettant les malades au régime régulier des stations balnéaires, prescrivant les eaux minérales sous forme de bains et à l'intérieur, nous remplissons les principales indications dans le traitement des oophorites chroniques.

Malgré les nombreux moyens thérapeutiques que nous venons d'énumérer, on se trouve assez souvent en présence de cas qui ne cèdent à aucune médication indiquée. Les pauvres malades après un régime balnéaire, sévère et scrupuleusement exécuté, malgré plusieurs saisons passées à l'une ou l'autre station thermale, reviennent quand même absolument dans le même état, sujettes aux mêmes souffrances, complètement incapables de jouir de la vie. Des cas analogues se rapportent à cette catégorie de faits, qui, Il y a peu de temps encore, étaient réputés inguérissables.

On conseillait au médecin d'abandonner toute tentative

de traitement régulier, tous ses efforts dans cette voie restant sans résultat (1). Toutes les fois que nous nous trouverons en présence de ces faits, où tout traitement thérapeutique a échoué, nous devrons songer à l'intervention chirurgicale, à l'enlèvement des deux ovaires affectés par voie abdominale, à la castration. Nous aurons recours à cette opération après que tout traitement thérapeutique sera resté sans succès, en pleine conviction que l'affection doit être désormais rangée parmi les cas inguérissables.

En ce qui concerne mon opinion personnelle, je suis contre l'intervention opératoire précoce. J'ai pu observer dans ma pratique personnelle, ainsi que dans celle de mes confrères, plusieurs cas de guérison sans intervention chirurgicale, chez des malades destinées déjà à être opérées.

REMARQUES CLINIQUES ET OPÉRATOIRES SUR UNE SÉRIE DE TRENTE LAPAROTOMIES (2)

Par MM. **Pozzi,** professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal,
De Lostalot-Bachoué et **Baudron**, internes des hôpitaux.

G. — GASTRO-HYSTÉROPEXIES

OBS. I (RÉSUMÉE). — *Rétroflexion adhérente. — Endométrite — Gastro-hystéropexie. — Guérison.* — La nommée Maria Jol., âgée de 32 ans, est couchée au lit n° 23. Réglée à 14 ans : toujours normalement; la malade est vierge. Début de la maladie il y a 4 ans par des douleurs abdominales d'abord intermittentes, après une fatigue, au moment des règles, puis bientôt continues, surtout vives dans le côté gauche ; elles s'irradient vers la région lombaire. Règles normales, pas de métrorrhagie, mais une leucorrhée abondante. Dix-huit mois après le début de la maladie, la malade subit de la part d'un accoucheur des hôpitaux, le curettage, l'amputa-

(1) MC DUNCAN. *Loc. cit.*, p. 201.

(2) Voir les *Annales de Gynécologie*, avril, mai 1890.

tion du col par la méthode de Schrœder et l'opération d'Alexander. Un an plus tard, nouvelle opération plastique sur le col faite par le même chirurgien; mais la malade ne retire pas plus de bénéfice de cette seconde intervention que de la première.

Elle entre à l'hôpital Pascal le 12 avril 1889 où elle est examinée sous le chloroforme.

Diagnostic : Rétroflexion irréductible, endométrite.

Le 18 avril 1889. Curettage de l'utérus suivi d'une laparotomie pour fixer l'utérus à la paroi abdominale.

La laparotomie est faite par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Baudron, internes. Incision de 5 cent. L'utérus est libéré de ses adhérences avec facilité. On énuclée un petit kyste du volume d'une noix inclu dans le ligament large gauche au-dessous de la trompe. La plaie du ligament large est suturée par trois points en surjet à la soie fine.

Les annexes des deux côtés sont normales.

L'utérus est alors libéré des adhérences qui fixaient sa paroi postérieure, il est redressé et saisi par son sommet au moyen d'une pince tire-balles, et attiré dans l'angle supérieur de la plaie abdominale; la pince qui le maintient est confiée à un aide. M. Pozzi le fixe à la paroi abdominale par trois points d'un surjet de soie.

Quelques détails complémentaires sont ici indispensables :

Dans toute laparotomie à l'hôpital Lourcine-Pascal, on ferme la plaie abdominale par quatre plans de suture; on obtient ainsi des cicatrices d'une solidité qui défie toute éventration.

Les deux plans les plus profonds sont deux surjets au catgut faits avec le même fil et qui comprennent : le premier, le péritoine ; le second, les muscles droit et leur aponévrose.

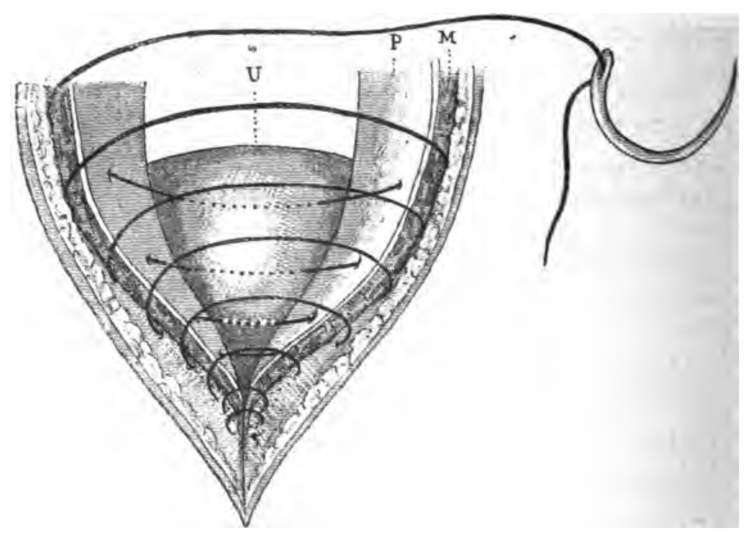
C'est au-dessus de ces deux plans que M. Pozzi place à 1 cent. 1/2 environ de distance les uns des autres, des points séparés de grosse soie qui vont ressortir à deux travers de doigt de l'incision. Ces points constituent les *sutures de soutènement.* Ils sont noués seulement après qu'on a placé et fixé des points plus superficiels, lesquels faits avec de la soie très fine ou du catgut, comprennent seulement la peau.

Dans la gastro-hystéropexie, M. Pozzi remplace inférieurement les deux sutures profondes au catgut par un surjet unique avec de la soie. Il comprend la partie antérieure de l'utérus dans la suture, de sorte que l'aiguille conduite de gauche à droite perfore

successivement l'aponévrose postérieure du droit, le péritoine, l'utérus sur la ligne médiane, puis de l'autre côté le péritoine et l'aponévrose ; l'utérus est ainsi fixé par 3 points à la moitié supérieure de la plaie. Au-dessus de ce surjet à la soie qui constitue une suture fixatrice perdue, la plaie abdominale est fermée comme d'habitude.

L'opération a duré 35 minutes. Pansement iodoformé ordinaire. Tampon iodoformé introduit profondément dans les culs-de-sacs vaginaux

Dans l'après-midi, 2 vomissements muqueux. Champagne glacé. La malade se plaint d'une sensation de tiraillements, de pesanteur à l'hypogastre. Température vespérale, 38°,4. La nuit la malade dort bien. Dès le lendemain la température retombe à la normale et s'y maintient. La malade demande à manger et peut uriner seule.



Hystéropexie abdominale, fixation de la face antérieure de l'utérus par un surjet de soie.

U. Utérus. — P. Péritoine. — M. Couche musculo-aponévrotique.

Le troisième jour, les douleurs qu'elle éprouvait avant son entrée à l'hôpital ont disparu. 1er pansement le 23. Réunion par première intention. Les fils sont enlevés le 26.

Pendant 12 jours, on renouvelle tous les deux jours le tamponnement vaginal en ayant bien soin de placer le tampon dans les culs-de-sac de façon à faire à l'utérus un véritable coussin sur lequel il repose sans tirer sur les sutures.

Le 18 mai, la malade a ses règles; elles durent 4 jours et ne s'accompagnent d'aucune douleur.

Le 23, la malade commence à se lever; l'utérus est parfaitement fixé à la paroi abdominale, le col regarde en bas et en arrière. Les douleurs n'ont pas reparu, il persiste une sensation de pesanteur quand la malade a marché, mais cette sensation disparaît à son tour peu à peu.

Le 31, la malade quitte l'hôpital ne souffrant plus. L'utérus est solidement adhérent à la paroi abdominale, toutefois le col regarde un peu en avant, il semble que la partie de l'utérus non fixée se soit incurvée de façon à présenter une concavité antérieure probablement sous les efforts de distension de la vessie.

Cette observation est intéressante ; elle montre l'heureux résultat donné par la gastro-hystéropexie, dans un cas où l'opération d'Alquié-Alexander avait complètement échoué. C'est le premier cas de fixation de l'utérus à la paroi abdominale par la suture continue. Ce procédé est d'une grande rapidité d'exécution et évite les nœuds des sutures à points séparés.

OBS. II (RÉSUMÉE). — *Rétroflexion adhérente. — Gastro-hystéropexie. — Guérison.* — La nommée Marguerite Did..., 27 ans, salle Pascal, A, lit n° 17. Réglée à 13 ans, régulièrement. Leucorrhée légère depuis l'âge de 21 ans. Jamais de grossesse ni de fausse couche.

Début de l'affection en juin 1885 par une sensation de pesanteur hypogastrique, douleurs dans les cuisses, les reins, le bas-ventre, accusées surtout pendant la marche, après une fatigue. Jamais de ménorrhagies. Examen sous le chloroforme.

Diagnostic: Rétroflexion adhérente, irréductible sous chloroforme.

Laparotomie, le 6 mai 1889, par M. Pozzi, assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes du service. Incision médiane de 5 centimètres. La vessie remonte très haut en avant de l'utérus. Libé-

ration de l'utérus adhérent en arrière qui est fixé par le procédé décrit ci-dessus.

Au 5e jour la température s'élève à 38°,5. Il existe une suppuration de la partie inférieure de la plaie qui en nécessite la désunion. Cette suppuration dure jusqu'à la complète élimination du fil de soie qui fixe l'utérus à la paroi abdominale. Au 3e jour qui suivit l'opération la malade a présenté des symptômes légers de cystite qui disparurent complètement au 11e jour. Elle quitte l'hôpital le 30 mai éprouvant encore un peu de pesanteur au niveau de l'anus, et quelques tiraillements au niveau de la cicatrice abdominale à laquelle l'utérus est d'ailleurs resté fixé très solidement.

Cette opération montre combien il est indispensable de se servir de matériaux rigoureusement aseptiques. La soie qui avait servi dans cette opération n'avait pas été assez récemment bouillie. C'est à cette circonstance que M. Pozzi attribue la suppuration. On ne saurait incriminer la suture continue ; une suture à points séparés eût été pareillement éliminée dans les mêmes circonstances, l'infection d'un seul des points de suture se serait alors sûrement propagée aux points voisins. Quant à la fixation de l'utérus, persistant à l'élimination du fil, elle n'a rien de surprenant. On sait que Léopold ne fait qu'une suture temporaire, et enlève ses fils, noués sur la peau, vers le 15e jour. Il obtient ainsi des adhérences lâches qu'il juge suffisantes, et il reproche même à la suture perdue de provoquer un rapprochement trop intime et trop immédiat de la face antérieure de l'utérus avec la paroi abdominale.

H. — CASTRATION POUR FIBROMES

La castration pour fibromes peut agir, soit seulement comme oophorectomie contre les hémorrhagies, soit aussi comme salpingectomie contre les douleurs provoquées par des trompes enflammées.

Dans les cas de douleurs intenses accompagnant les corps fibreux, on doit souvent les attribuer à la salpingite chro-

nique hypertrophique. Le fait suivant en est un remarquable exemple.

OBS. (RÉSUMÉE). — *Corps fibreux multiples. — Salpingite parenchymateuse chronique et hématosalpinx. — Douleurs intenses sans métrorrhagie. — Ablation des annexes. — Guérison des douleurs et diminution de la tumeur.* — Marie Duca..., 40 ans, lit n° 25. Réglée à 16 ans régulièrement. A partir de 24 ans règles douloureuses durant 3 jours.

Mariée à 25 ans. Deux mois après, grossesse normale. Retour de couches 6 mois après l'accouchement. Les règles sont devenues de plus en plus douloureuses. *Jamais de métrorrhagies.* Leucorrhée assez abondante depuis 7 ans.

M. Pozzi fait le diagnostic d'un corps fibreux du volume d'une grosse orange siégeant au niveau de la corne utérine gauche. De plus, il constate que les annexes sont très augmentées de volume. Il propose la castration qui est acceptée.

Laparotomie le 8 octobre, avec l'aide de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service. Incision de 7 cent. Outre la tumeur principale, on note la présence d'une multitude de petits fibromes qui criblent le tissu utérin. Rien à noter dans l'ablation des annexes du côté droit. A gauche, l'ovaire et la trompe sont tellement adhérents qu'ils sont arrachés par lambeaux. Des deux côtés les trompes sont volumineuses, à parois très épaisses et contiennent du sang. Durée de l'opération, 25 minutes. Le ventre est refermé sans lavage ni drainage. Les suites opératoires furent simples. Aucune réaction fébrile. Les fils sont enlevés au 9e jour, réunion par première intention.

On doit signaler une hématémèse assez abondante trois semaines après l'opération, au moment précis où la malade aurait dû avoir ses règles.

Actuellement (7 février), elle ne souffre plus et le toucher permet de constater déjà une notable diminution du fibrome.

I. — OPÉRATIONS DE BATTEY

OBS. (RÉSUMÉE). — *Hystérie grave avec accès de folie survenant à l'époque des règles. — Paraplégie. — Dysménorrhée. — Prolapsus des ovaires avec dégénérescence scléro-kystique. —*

Castration. — Amélioration notable. — Mme Iv..., 32 ans ; pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques, réglée à 12 ans, régulièrement, jusqu'à l'âge de dix-huit ans ; à cet âge, apparaissent des métrorrhagies fréquentes avec douleurs vives dans le côté gauche, au niveau des annexes de ce côté ; ces douleurs sont exagérées à l'époque des règles. Mariée à 17 ans ; les métrorrhagies cessent peu de temps après le mariage, mais les douleurs dysménorrhéiques persistent. Quatre grossesses ; deux accouchements à terme, deux fausses couches de trois mois. A la suite de la dernière fausse couche, il est survenu des métrorrhagies abondantes qui n'ont cessé qu'il y a six ans (1883), à la suite d'un traitement suivi à Franzensbad.

Depuis cette époque la malade a toujours été bien portante, sauf des douleurs aux époques, jusqu'en 1884. Vers cette époque, et sitôt après la mort de son mari, se manifestent des troubles hystériques consistant en vertiges, palpitations, frayeurs au moindre bruit, accès de gaieté et de larmes ; ces symptômes s'exagèrent au moment des règles ; il n'y a jamais eu d'attaque proprement dite ; la moindre frayeur ou émotion est suivie d'un tremblement violent qui secoue tout le corps et dure quinze à vingt minutes.

En 1885, la malade vient à Paris consulter le Dr Charcot, qui l'a soignée jusque vers l'époque où elle a été opérée ; amélioration assez notable de la santé la première année qui a suivi le traitement du Dr Charcot ; mais au bout d'une année les troubles nerveux sont revenus plus intenses qu'auparavant ; en octobre 1889, hémiplégie gauche et paralysie des deux membres inférieurs, survenues brusquement : impossibilité absolue de marcher, insensibilité à la piqûre et à la température distribuée par zones dans tout le côté gauche ; aphasie passagère ; hallucinations de la vue accompagnées de cris, gestes désordonnés, état de folie véritable. La malade est vue par MM. Pinard et Pozzi. L'examen des organes génitaux internes démontre qu'il existe une rétroposition de l'utérus ainsi qu'un prolapsus des deux ovaires fixés dans le cul-de-sac de Douglas. La castration est proposée et acceptée par la malade.

Opération pratiquée le 5 décembre 1889 avec l'aide de MM. Baudron et de Lostalot-Bachoué, internes du service.

Incision de 6 centimètres ; après libération des ovaires et trompes adhérents dans le cul-de-sac de Douglas, le pédicule est lié de

chaque côté par un nœud de Lawson Tait, puis excisé; il faut noter que l'utérus était également fixé en arrière au rectum par de solides adhérences. Mais, après sa libération et l'ablation des annexes, il se maintient parfaitement redressé. Les lésions notées sur les pièces enlevées consistaient en sclérose des deux ovaires qui étaient également atteints de dégénérescence micro-kystique.

Trois jours après l'opération, la malade est atteinte par l'influenza qui est bientôt suivie de bronchite intense; les efforts de toux ont amené un petit épanchement sanguin à la partie inférieure de la plaie qui s'est désunie superficielle à ce niveau ; les suites opératoires, malgré ce léger accident, ont été excellentes.

Depuis l'opération les troubles nerveux ont été en diminuant de jour en jour.

État constaté fin mars 1890 : Plus d'hallucinations, plus d'accès de folie, les frayeurs et les tremblements ont en partie disparu, la paraplégie est très diminuée, la malade marche assez facilement en s'appuyant au bras d'un aide; les accidents nerveux qui existaient avant l'opération ont considérablement diminué; mais à l'époque ordinaire des règles, qui ont cessé, l'opérée ressent toujours des douleurs lombaires assez vives.

La castration n'a pas été faite ici sur des organes absolument sains et en l'absence de toute indication locale ; d'une part il y avait dysménorrhée intense, coïncidence avec l'aggravation de symptômes nerveux, d'autre part le toucher montrait les ovaires prolabés et fixés dans le Douglas, et l'utérus en rétroposition.

L'opération d'ailleurs trop récente pour qu'on puisse en apprécier les résultats, a amené une grande amélioration.

J. — CASTRATION POUR OOPHORO-SALPINGITE CHRONIQUE

Observation. — Mme Her., 26 ans ; réglée à 12 ans, jamais bien régulièrement ; leucorrhée dès l'établissement des règles, celles-ci ont toujours été douloureuses ; suppression des menstrues pendant 14 mois vers l'âge de 13 ans, les règles sont ensuite revenues, mais d'une façon irrégulière, peu abondantes ; il y a eu à l'âge de 13 ans, deux ménorrhagies très abondantes. Mariée à 18 ans, pas

de grossesse ; sitôt après le mariage, la malade a commencé de souffrir de plus en plus dans le bas-ventre, les reins, les cuisses, constipation opiniâtre. Au mois de septembre 1886, crise douloureuse avec ballonnement du ventre qui est très sensible surtout à droite ; pas de fièvre ni vomissements ; cet état a nécessité un séjour d'un mois au lit. C'est à la suite de cette crise que Mme H. a quitté le Chili pour venir à Paris, où elle consulte plusieurs chirurgiens qui diagnostiquent, les uns une métrite avec salpingite, les autres un exsudat paramétrique ou un fibrome ; la malade fait aussitôt le voyage de Paris à Berlin où elle va voir le Dr Olshausen, celui-ci l'a soignée à sa clinique pendant trois mois pour une métrite sans prononcer le mot de salpingite ; à droite il a pourtant constaté une tumeur comme une mandarine. A la suite de ce traitement la malade s'est bien portée pendant 3 mois, puis les symptômes douloureux sont revenus. A son retour à Paris, consultation de plusieurs chirurgiens parmi lesquels M. Pozzi, et M. Bouilly qui diagnostiquent une double salpingite déterminant les troubles dysménorrhéiques si intenses ; on propose l'opération qui est acceptee.

Opération le 7 juillet 1889, par le Dr Pozzi, assisté du Dr Bouilly et de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service.

Incision abdominale de 6 centimètres ; l'utérus est fortement fixé par des adhérences latérales.

A gauche, il existe une tumeur fluctuante et à parois minces, transparentes, siégeant dans le ligament large. Elle est ponctionnée et il en sort environ 200 gr. de liquide citrin, dont une partie se répand à l'intérieur à cause de la friabilité de la poche ; il est recueilli tout entier sur des compresses-éponges. Il s'agit d'un kyste séreux du ligament large.

Au-dessus, les annexes sont confondues en une seule masse charnue, le pavillon de la trompe étant étroitement fusionné à l'ovaire. On lie le pédicule et on excise la tumeur en y comprenant la partie du ligament large où se trouve le kyste.

A la coupe on voit dans l'ovaire un très petit kyste folliculaire au milieu du tissu scléreux qui compose la masse. La lumière de la trompe peut être suivie jusqu'au pavillon exclusivement : ce dernier, oblitéré, n'est plus reconnaissable.

A droite, les annexes sont confondues en une masse scléreuse accolée à l'utérus et au cul-de-sac de Douglas. On la décortique péniblement avec les ongles et on arrache ainsi la tumeur ovario-

tubaire sans avoir pu faire ligature préalable du pédicule. Les deux organes sont fusionnés. Dans l'ovaire, à la coupe, existe un kyste à contenu blanc, de la consistance du lait caillé, de la grosseur d'un gros pois chiche. Impossible de reconnaître la trompe. Au-dessous de l'ovaire, on distingue dans le ligament large une petite masse très dure du volume d'un haricot contenant un noyau à couches concentriques et de consistance presque crétacée, ressemblant à un kyste folliculaire hématique rétracté. L'abdomen est refermé sans lavage ni drainage.

Un mois après l'opération première, des signes de paramétrite ont apparu surtout à gauche et une tuméfaction douloureuse s'est formée dans le ligament large. Des évacuations purulentes ont eu lieu par le rectum. M. Pozzi projette d'ouvrir la collection au niveau de la cicatrice dès les premiers jours du mois d'août, mais l'opération est remise sur l'avis du consultant. Un orifice fistuleux se produit au-dessus du pubis. Le 26 septembre il est agrandi, dilaté avec le doigt, débridé, et on arrive dans une cavité vide qui est tamponnée à la gaze iodoformée, après qu'un drain en croix a été passé par le vagin.

A partir de ce moment les évacuations rectales cessent ; la suppuration se fait jour par le tube et l'orifice de la paroi abdominale. Le tube est retiré au bout de 16 jours, et on continue à introduire une lanière de gaze par l'orifice abdominal. Cet orifice donnant accès à un trajet de 12 centim. environ, est resté fistuleux et fournit un peu de suppuration qui paraît venir seulement des parois.

État général excellent. Les règles sont revenues peu de jours après la 1re opération et depuis lors à date à peu près fixe sans douleurs notables. Il y a eu du sang par l'orifice fistuleux, en abondance en octobre et novembre, et une petite quantité en décembre.

La malade part pour le Chili au commencement de janvier en très bonne santé, n'ayant plus de douleurs, ayant repris la vie active, mais conservant toujours une petite fistulette à la partie inférieure de sa cicatrice.

D'après les antécédents, il y a grande probabilité de croire à l'existence d'un pyosalpinx droit avec péri-salpingite, terminé par la production d'une salpingite insterstitielle atrophique ; à gauche il s'agissait d'une salpingite chronique

interstitielle ayant peut-être la même origine, mais ne s'étant pas accompagnée de péri-salpingite aussi intense. Les lésions d'ovarite chronique étaient aussi très importantes. L'opération a été faite ici contre la dysménorrhée et les douleurs ; elle a présenté des difficultés extrêmes : un fait qui est assez intéressant est l'arrachement de la tumeur droite sans qu'il ait été nécessaire d'appliquer une ligature.

K. — ENTÉRORRHAPHIE POUR FISTULE PYO-STERCORALE

Obs. — *Abcès pelvien ; première laparotomie. — Guérison avec une large fistule stercorale. — Un an après, seconde laparotomie, éviscération complète, recherche de la perforation intestinale, entérorrhaphie. — Guérison avec persistance d'une fistulette.* — Marguerite M..., surveillante à l'asile d'aliénés de Vaucluse, atteinte de salpingite et de métrite cervicale intense, subtile curettage et l'opération de Schröder au commencement de 1888. Après une courte amélioration, les phénomènes de salpingite s'accusent, puis s'aggravent brusquement ; tous les signes d'une péri-métro-salpingite (pelvi-péritonite) suppurée se manifestent : fièvre hectique, vomissements incessants, dépérissement extrême. La malade entre à Pascal

Le 4 mars 1888, M. Pozzi pratique la laparotomie. Il tombe sur un épaississement considérable de l'épiploon, formant un tablier adhérent au-devant de la masse intestinale qui est elle-même agglutinée par des adhérences intimes. Il est nécessaire d'inciser l'épiploon de haut en bas de la plaie, pour passer à travers, et détacher avec des précautions infinies les anses intestinales, afin de pénétrer dans la profondeur. A un certain moment, une éraillure est produite dans le gros intestin, rempli de matières, et un petit cylindre vermicellé de matière fécale se fait jour à ce niveau. On applique aussitôt deux rangées de points de suture de Lembert à la soie. Enfin, l'opérateur parvient profondément dans le cul-de-sac de Douglas sur un foyer purulent très fétide qui est évacué, lavé et bourré de gaze iodoformée. Le tamponnement de Mikulicz est aussi fait au niveau de la suture intestinale ; la replétion de l'intestin par des matières fécales que ni purgation ni lavements n'ont

pu évacuer, font craindre, en effet, l'infection de la suture et son échec.

Au bout de quatre jours, quand on retire la gaze iodoformée, des matières fécales s'échappent par la plaie. La malade n'en arrive pas moins rapidement à la guérison et reprend un embonpoint remarquable. Mais les matières sortent en abondance par la fistule, quoique la majeure partie soit toujours évacuée par l'anus. L'orifice fistuleux est situé au fond d'un entonnoir cicatriciel très profond. Un stylet y pénètre de haut en bas jusqu'à dix centimètres.

Après une attente d'un an environ, sur les instances de la malade, une nouvelle laparotomie est pratiquée le 10 mai 1889 avec l'aide de MM. Laffitte et Baudron, internes du service.

La malade étant anesthésiée, M. Pozzi cherche d'abord à dilater l'orifice et le trajet de la fistule avec des bougies de Hegar, pour se rendre compte avec le doigt de sa longueur et de ses connexions. Pendant ce temps un aide introduit dans le rectum une sonde en gomme. Mais M. Pozzi ne peut parvenir à mettre son doigt en contact avec cette sonde. Il incise alors la paroi abdominale au-dessus et au-dessous de l'anus contre nature sur une étendue de 10 centim., circonscrit l'orifice de la fistule par une incision circulaire et excise le tissu cicatriel. Le péritoine étant ainsi ouvert, M. Pozzi découvre un trajet intermédiaire à l'ouverture intestinale et à l'ouverture abdominale, sorte d'entonnoir granuleux et limité de toutes parts par des anses intestinales. Il les détache avec précaution les unes des autres et dans l'impossibilité où il est de retrouver ainsi l'orifice intestinal, qu'il pense situé vers la partie supérieure du rectum, il se décide à faire l'éviscération complète. Toute la masse intestinale est retirée de l'abdomen et maintenue sur le ventre, protégée par des compresses antiseptiques chaudes.

M. Pozzi fait alors verser dans l'abdomen un peu d'eau boriquée bouillie et voit immédiatement le liquide entrer dans un orifice de la dimension d'un pois chiche situé sur la partie inférieure de l'S iliaque. Il suture aussitôt les bords de cet orifice par dix points de soie fine (suture de Lembert), dont quatre profonds et six superficiels. Une épaisse lanière de gaze iodoformée est placée au niveau de l'orifice suturé et forme un tamponnement protecteur pour le cas où la suture viendrait à manquer. Tout l'entonnoir granuleux est gratté et cautérisé au thermocautère. L'intestin est réintégré, et la plaie abdominale refermée, sauf à

l'angle inférieur où ressort la lanière de gaze. L'opération a duré 55 minutes. Le soir, la température n'était que de 37°. La malade a de violents vomissements. Dans la nuit elle défait son pansement. Champagne et glace.

Au 4e jour on enlève le tamponnnement de gaze iodoformée, et l'on constate que la fistule donne de nouveau issue à des matières fécales. La malade est mise à la diète lactée. Naphtol à l'intérieur.

Pendant quinze jours les matières sortirent en abondance bien que la majeure quantité passât dans le rectum d'où elles étaient évacuées par des lavages.

La quantité des matières diminua notablement vers le 15e jour. On fit dès lors dans le trajet des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent tous les deux jours.

L'orifice cutané qui avait des tendances à diminuer rapidement de calibre était dilaté de temps en temps avec des tiges de laminaire.

La malade fut maintenue au régime lacté jusqu'à la fin d'août. A cette époque elle commença à prendre quelques aliments solides.

Elle quitte l'hôpital le 5 novembre 1889, c'est à peine s'il existe un léger suintement de pus ayant une odeur fécale et très rarement d'un peu de matière diarrhéique au niveau de la fistule, qui n'admet plus qu'un stylet très fin.

Cette malade a donc subi deux fois la laparotomie ; la première, pour une affection qui compromettait sa vie, la seconde pour une infirmité dégoûtante. Cette dernière laparotomie est intéressante à deux points de vue. D'abord elle montre combien chez cette malade à été bénigne l'éviscération complète qui n'a pas duré moins de 35 minutes. En second lieu elle a donné un résultat considérable. Si la guérison n'est pas complète, on a du moins transformé une large fistule pyostercorale, qui constituait une grave infirmité, en une fistulette presque insignifiante.

LA CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DE MOSCOU

Par Madame **R. Boyer.**

Le 26 mars 1889 l'Université impériale de Moscou a inauguré la clinique de Gynécologie, dirigée par le professeur W. F. Snéguireff. Il nous a paru que le public français n'apprendrait point sans intérêt comment a été construit cet établissement modèle et comment il fonctionne.

La Clinique de gynécologie de Moscou n'est pas un établissement hospitalier assimilable aux différents services de clinique des hôpitaux de Paris, c'est une clinique d'enseignement, s'administrant elle-même sous le contrôle de l'université, n'admettant que des malades susceptibles de fournir au professeur une occasion de leçon ou de démonstration intéressante, renvoyant les autres dans les différents hôpitaux entretenus par la municipalité.

La Clinique de gynécologie, bien qu'appartenant à l'université, n'a pourtant point été bâtie par l'État : c'est une fondation particulière, due à la générosité d'un riche industriel de Moscou, M. Morozoff. Par un acte qui remonte à 1885, M. Morozoff a légué à l'université une somme de 80,000 roubles, soit 208,000 fr. pour les frais de premier établissement d'une clinique gynécologique de 40 lits : il prenait à sa charge l'entretien perpétuel de 5 lits, les autres devant être entretenus par l'université, qui s'engageait d'ailleurs à assurer le bon fonctionnement des services.

Maîtresse d'adopter tels plans qu'il lui plairait, l'université ne voulut point agir à la légère, et avant de commencer les travaux, elle chargea deux de ses membres, les professeurs Snéguireff et Erisman, et un architecte de valeur, M. Bykovski, d'aller examiner sur place les derniers perfectionnements apportés dans la construction et l'organisation des services de clinique de l'Europe occidentale. Le plan ar-

rêté, on se mit à l'œuvre, et, comme l'on n'avait point à compter avec les lenteurs de la tutelle administrative, on alla vite en besogne : ainsi que nous l'avons dit en commençant, la Clinique a été inaugurée l'année dernière, moins de quatre ans après l'acte de donation qui l'avait instituée.

I

La Clinique de gynécologie s'élève sur une vaste place découverte, plantée d'arbres et qui, dans peu d'années, deviendra le centre d'enseignement pratique de la faculté de Moscou. En effet, à côté de la Clinique de gynécologie, à côté des cliniques déjà ouvertes d'accouchement et de médecine mentale doivent s'élever bientôt les autres cliniques en projet; nous n'avons pas besoin de faire ressortir les avantages de cette concentration.

La Clinique de gynécologie se compose d'un bâtiment unique, rez-de-chaussée élevé de plusieurs marches et premier étage, avec sous-sol. Ce bâtiment sert exclusivement aux malades et à l'enseignement : les servitudes et les logements du personnel hospitalier sont installés à part, sans communication avec la clinique proprement dite.

Les dispositions générales du plan pour l'un et l'autre étage sont les suivantes : large corridor latéral, d'un bout à l'autre de l'édifice ; les chambres des malades, orientées au sud-est, s'ouvrant sur le corridor. Le corridor, voûté, à plancher peint, a 3 m. 55 de largeur, 4 m. 26 de hauteur ; les chambres des malades, à parquet ciré, présentent même hauteur d'étage et une profondeur de 6 m. 40, à l'exception des chambres à un lit dont les dimensions sont moindres; pour chaque lit, une moyenne de 45 à 53 mètres cubes d'air. Deux escaliers mettent en communication le rez-de-chaussée et le premier étage.

Le problème à résoudre était celui-ci : comment assurer à un bâtiment unique les conditions de propreté et d'isolement des parties qu'on réalise dans le système des pavillons ?

La solution adoptée nous paraît de nature à satisfaire les plus exigeants : c'est ce que nous montrera une description sommaire.

La Clinique de gynécologie comprend cinq parties distinctes, à savoir : au rez-de-chaussée, la salle de cours et ses annexes, la salle de consultation pour les malades externes, la section de « *thérapeutique* » et de convalescence ; au premier étage, la section de chirurgie *non laparotomique* avec salle d'opération spéciale ; la section de laparotomie, avec salle d'opération spéciale.

1° La salle de cours, disposée en amphithéâtre, haute des deux étages du bâtiment dont elle forme une des extrémités, peut recevoir 250 auditeurs. Elle est éclairée par une baie vitrée haute de 7 mètres, large de 4, flanquée de deux fenêtres latérales, et par une lanterne ouverte dans le toit ; la lumière se concentre sur la table d'opération. L'eau n'est pas moins généreusement prodiguée : tuyaux d'arrosement, robinets, lavabos, vases pour laver les instruments, etc.; après chaque cours, le sol, formé de dalles finement ajustées, est lavé à grande eau. Les malades sont amenées par un corridor spécial sans communication avec celui qui sert aux étudiants. Les opérations de petite chirurgie gynécologiqne peuvent être faites dans cette salle, suivant que le professeur le juge opportun.

Cette partie de la clinique comprend en outre divers laboratoires et une bibliothèque au premier étage.

2° La salle d'admission et de consultation pour les malades externes est précédée d'une salle d'attente et d'un cabinet où l'on interroge la malade et où on prend son observation sommaire avant de l'introduire dans la salle d'examen.

Dans la salle d'attente sont disposées des banquettes rembourrées à dossier et deux lits pour les malades trop faibles. Chaque malade, appelée suivant l'ordre des numéros distribués à l'entrée, est introduite dans le cabinet d'observation : un ordinateur (docteur faisant les fonctions remplies en France par les internes) l'interroge d'après un formulaire

gynécologique toujours le même, consigne ses observations sur un registre spécial, puis on remet à la malade le duplicata qu'elle présente, en entrant dans la salle d'examen, au chef de service. Celui-ci, guidé par les indications qui lui sont ainsi remises, examine la malade et pose le diagnostic, qui est immédiatement inscrit sur la feuille d'observationdu registre. Si la malade doit revenir une ou plusieurs fois à la consultation, il suffit de se reporter à cette feuille sans l'interroger de nouveau. Dans la salle d'examen, longue de 9 m. 40, large de 6 m. 40, un fauteuil en fer pour l'examen au spéculum (du modèle conseillé par Schrœder dans son traité des « Maladies des organes génitaux de la femme », p. 5 de la traduction française), un canapé, un lit, un appareil à injection, une couchette pour le massage, un appareil d'électrisation, une armoire pour les instruments, des lavabos d'eau froide et chaude.

Cette partie de la clinique a ses water-closets et ses bains à part ; nulle malade ne peut être admise dans les autres salles sans avoir, au préalable, pris un bain de propreté et changé de vêtements dans cette section.

3° La section de thérapeutique se compose d'une salle à 6 lits et de 2 chambres à 2 lits. Dans cette section sont placées les malades atteintes d'affections qui, sans nécessiter d'intervention chirurgicale, réclament des soins médicaux. Bains et douches.

La section de convalescence comprend une salle de 8 lits, 2 chambres à 1 lit.

Ces 2 sections, ayant une sortie séparée, peuvent être complètement isolées en cas de besoin.

Montons au premier étage.

4° La section de chirurgie non laparotomique comprend : 1 salle de 6 lits, 1 salle de 4 lits, 2 chambres à 2 lits, 1 chambre à 1 lit ; une salle d'opérations ; une salle de bains, des water-closets. La salle d'opération n'ouvre point sur les salles de malades, mais sur le corridor latéral ; elle mérite d'ailleurs une description spéciale : nous y reviendrons plus bas.

5° La section de laparotomie comprend 5 chambres à un lit, une salle d'opérations, une salle de bains, des water-closets. Cette section, ayant une sortie à part, est complètement isolée de la section de chirurgie.

Les malades sont réparties dans les salles communes ou dans les chambres à lit unique suivant les prescriptions du médecin et nullement suivant leur condition de malades payantes ou indigentes.

Telle est la disposition générale de la Clinique de gynécologie. On y entretient une propreté rigoureuse : les corridors voûtés, les angles arrondis des salles et des chambres rendent le nettoyage aussi commode qu'efficace. L'ameublement des salles et des chambres a été réduit au strict nécessaire ; pas de rideaux aux lits. Cette proscription de toute tenture parasite n'a pas été étendue aux fenêtres ; nous laissons à de plus compétents le soin de décider s'il faut le regretter.

L'architecte a porté une attention spéciale sur le chauffage et la ventilation ; mais ne croyons pas qu'il y ait en Europe de clinique mieux chauffée, mieux aérée. Les appareils de chauffage et de ventilation sont installés dans le sous-sol. Le système adopté pour le chauffage est celui de *l'eau à basse pression*. La température, partout égale, peut n'être jamais inférieure à 20 degrés centigr., même quand le thermomètre marque — 35° c. au dehors ; mais on peut à volonté régler la température de chaque salle et de chaque chambre. L'expérience n'a pas démenti les promesses de l'architecte : ayant suivi plus de 6 semaines, en décembre et janvier, le service de la clinique, j'ai constaté que la température des chambres de malades se maintenait d'une façon constante à 20° C. ; les variations se chiffraient par dizièmes de degré. La température peu élevée des appareils de chauffage rend impossible la combustion des poussières qui s'y déposent. L'humidité de l'air est maintenue à 50-60 0/0.

De plus, dans la salle de consultation, dans les salles d'opérations, dans les salles de malades, on a construit des cheminées : de cette manière, on peut obtenir une chaleur

temporaire, quand la clinique n'est pas chauffée ; en outre, on sait les heureux effets produits par la chaleur rayonnante sur un grand nombre de malades, surtout après une opération.

La ventilation est complètement indépendante du chauffage. Les appareils de ventilation, fort ingénieusement disposés, amènent dans les diverses parties de la clinique un air d'une absolue pureté, puisé par deux tours isolées du bâtiment principal, et d'une température égale à celle de l'air qu'il remplace : on obtient cette égalité de température en faisant passer les tuyaux de ventilation entre les tuyaux de chauffage. L'ouverture des tuyaux de ventilation, dans les chambres, dépasse la hauteur d'homme ; les mouvements d'air ne sont donc pas sentis. Les tuyaux de ventilation assurent par heure un échange d'air :

De 75 mètres cubes dans les chambres de malades, pour chaque lit ;

De la moitié du volume total dans le corridor et les escaliers ;

De 2 fois le volume dans les salles d'opérations et la salle de cours ;

D'une fois le volume dans les autres parties de l'édifice ;

Jusqu'ici la Clinique a été éclairée au gaz à l'exception des chambres de malades éclairées par des lampes ; mais on a l'intention d'installer prochainement la lumière électrique : le gaz sera pourtant maintenu dans les laboratoires et les salles d'opérations.

II

Pour conserver leurs avantages à des dispositions architecturales si mûrement étudiées, si heureusement réussies, il fallait une antisepsie attentive dans les soins chirurgicaux donnés aux malades, une discipline rigoureuse dans le service hospitalier. On n'a point failli à cette tâche.

Comme nous l'avons dit, les diverses parties de la clini-

que sont respectivement isolables. Cet isolement est strictement appliqué à la section de laparotomie. Cette section, spécialement confiée à l'un des ordinateurs, a son personnel particulier, sa salle d'opérations particulière. On nous permettra d'insister sur la disposition des deux salles d'opérations que nous avons déjà mentionnées.

On se rappelle la brillante description de la salle d'opérations de Lyon, insérée dans le « *Bulletin médical* » du 22 décembre 1889 (article du professeur Folet, de Lille). Les deux salles d'opérations de la clinique gynécologique de Moscou, peuvent souffrir la comparaison et présentent l'avantage d'avoir coûté beaucoup moins cher.

Les deux salles de Moscou, s'ouvrant sur le large corridor latéral, et non directement, comme à Lyon, sur les salles de malades, ne diffèrent guère entre elles que par les dimensions : on n'a pas voulu que l'une fût plus parfaite que l'autre, on a voulu seulement avoir une installation complètement séparée pour les laparotomies. La salle d'opérations de chirurgie non laparotomique, dite petite salle, a 9 m. 23 de long sur 6 m. 40 de large ; elle est éclairée par une large baie vitrée et deux fenêtres plus petites ; de plus, un large espace vitré a été ménagé dans le plafond. La salle de laparotomie dite grande salle, a 12 m. 10 de long sur 7 m. 10 de large : elle termine une des extrémités du bâtiment, en pendant avec la salle de cours décrite plus haut. Elle est éclairée par 5 larges baies vitrées, trois faisant face à la porte d'entrée, deux ménagées dans les murs de côté ; de plus, une large ouverture vitrée dans le plafond.

Rien de plus gai que ces vastes salles, baignées de lumière horizontale et verticale, hautes d'étage, avec leurs parois unies, éclatantes de blancheur. Les murs sont peints en blanc et émaillés ; de même le plafond, de telle sorte que la moindre tache y apparaisse immédiatement. Les portes sont en bois verni, de même les montants des fenêtres ; nous regrettons que les portes ne soient pas complètement lisses et qu'on ait passé à l'architecte une fantaisie d'ornementa-

tion qui n'est pas à sa place ici. Le sol est formé de carreaux parfaitement unis et très exactement ajustés. Ainsi, sauf peut-être aux panneaux de la porte d'entrée, rien qui puisse arrêter les poussières ou accrocher les microbes au passage. Les lavages antiseptiques fréquents et prolongés sont directement surveillés par l'ordinateur ; le bon marché des matériaux employés permet des réfections totales ou partielles qu'on serait peut-être embarrassé de pratiquer à Lyon.

Dans un des angles, une cheminée ; dans un autre, un poêle, énorme poêle russe d'un système particulier, qui donne de l'eau distillée chauffée à différents degrés, qui comprend aussi un séchoir à température très haute, et qu'on utilise enfin pour la combustion immédiate des pièces de pansement souillées et du matériel inutile. Le long du mur, des lavabos d'eau froide et chaude. Pour les lavages de la salle entière, une lance donnant un jet sous vigoureuse pression.

La table d'opération est aussi simple que possible : pourquoi rendre coûteux un meuble qu'il peut être utile de remplacer souvent ? Elle est en bois, peinte en blanc et vernie, montée sur quatre pieds isolés ; le plateau, d'un seul morceau massif, légèrement incliné et concave, est recouvert d'une épaisse lame de caoutchouc blanc. L'écoulement des liquides se fait naturellement suivant la pente de la table ; au-dessous se trouve un conduit souterrain, fermé par un grillage métallique, et qui recueille immédiatement les eaux de la table et de la salle entière, grâce à la convergence des carreaux qui en entourent l'ouverture ; cette convergence dépasse de beaucoup la largeur de la table d'opération. L'opérateur et ses aides portent des galoches en caoutchouc pour n'avoir point à redouter l'humidité du sol.

Près de la table d'opération, une table également vernie où l'on dépose les cuvettes et les plateaux ; sur une autre table, les bocaux contenant les divers liquides antiseptiques et fermés par des couvercles très lisses et débordants ; puis les éponges et les diverses pièces de pansement, ouate, gaze

iodoformée, etc., dans des boîtes métalliques et des vases en verre hermétiquement clos ; sur une dernière table enfin, les instruments préparés pour l'opération : l'ordinateur, immédiatement avant l'opération, les a lavés dans l'eau phéniquée à 5 p. 0/0 ; après l'opération, il les lave de nouveau à l'eau phéniquée forte, puis les stérilise dans le chauffoir du poêle.

Les éponges qui servent pour les laparotomies baignent dans de grands bocaux de sublimé, au nombre de six, portant chacun une étiquette sur laquelle est inscrit un des jours de la semaine : chaque jour d'opération a son bocal spécial. Après chaque laparotomie, l'ordinateur lave les éponges dans l'eau, puis les laisse 24 heures dans le sublimé ; cette opération est répétée six ou sept fois.

Les instruments, fournis habituellement par les maisons les plus renommées de Paris et de Londres, sont rangés dans une armoire de verre à quatre tablettes : une fois par semaine l'ordinateur nettoie lui-même cette armoire à l'alcool pur et il en garde la clef. Les armoires de verre ont leurs baguettes de charpente en bois uni peint en blanc et verni. Il va sans dire que jamais un instrument d'une des deux salles n'est porté dans l'autre ; nous le répétons, chacune des salles d'opération a son outillage à part et complet.

La malade, si elle ne peut venir elle-même à la salle d'opération, est amenée sur son propre lit, grâce à l'ingénieux système de patins à roulettes du professeur Volkmann de Halle. Si simple et si rigoureusement propre que soit la literie, cette pratique nous paraît fâcheuse ; ne serait-il pas préférable d'amener la malade sur une couchette spéciale ? Avant de pénétrer dans la salle d'opérations, la malade a pris un bain, et on lui a fait la toilette du champ opératoire. Dans la salle même, on la lave de nouveau, à l'alcool, avant de la placer sur la table d'opération.

L'opérateur et ses aides sont revêtus de larges blouses qui enveloppent le corps tout entier, ce costume est de rigueur pour quiconque pénètre dans ces sanctuaires de

l'antisepsie. Des blouses propres sont distribuées à l'entrée de la salle de laparotomie : elles sont mises au sale après chaque opération.

Les réservoirs pour les lavages, d'une contenance de 9 lit., réservoirs d'eau distillée, d'eau boriquée, d'eau phéniquée, de sublimé, maintenus à une température de 37°,5 C. munis d'un long tube de caoutchouc, sont mobiles chacun le long d'une tige de fer haute de plus de 2 mètres, soutenue par quatre pieds et très aisément transportable. Ce système, fort commode pour l'opérateur, est également appliqué dans les salles et les chambres des malades pour les injections ; chaque malade a son appareil à injection que l'on place sur les tiges portatives à la hauteur que l'on juge convenable.

Après l'opération, les fenêtres sont largement ouvertes et la salle lavée à grande eau. Dans la salle de laparotomie, et, après toute opération particulièrement septique, dans la salle de chirurgie un puissant pulvérisateur de solution phéniquée forte, de système anglais, est maintenu en action pendant 5 heures. Ces différents nettoyages sont directement surveillés par l'ordinateur ; le professeur lui-même ne dédaigne point de mettre la main à l'œuvre et maintes fois nous l'avons vu, après une laparotomie, prendre en main la lance d'arrosage et asperger le sol, les murs et le plafond. On ne saurait trop louer cette intervention directe du personnel médical dans des soins de propreté qui, confiés uniquement au personnel inférieur, risqueraient d'être mal compris ou mal exécutés.

La discipline que le professeur Snéguireff a su obtenir de ses élèves nous paraît contribuer puissamment à l'ordre du service et au bon résultat des opérations. Dans les salles d'opérations, point de places réservées aux visiteurs de passage : pour y être admis même, il faut l'autorisation expresse du professeur.

Le personnel de la Clinique de gynécologie comprend : le professeur chef de service ; son « assistant » (à Paris, nous

disons chef de clinique), deux ordinateurs titulaires, trois ordinateurs auxiliaires, tous cinq docteurs, choisis par le professeur et restant en général trois ans en fonctions ; un docteur massagiste, un docteur électricien, ces deux emplois se justifiant par l'importance extrême accordée dans ce service au massage et à l'électricité ; deux « feldcheritsy » (garde-malades qui ont suivi pendant deux ans un cours d'instruction professionnelle) pour donner aux malades injections et lavements, prendre leurs températures, etc. ; deux surveillantes, onze infirmières. — La Clinique, étant un établissement strictement universitaire, fermera ses portes pendant les vacances : on profitera de cette interruption pour exécuter les travaux de réparations nécessaires et pratiquer des nettoyages à fond.

Pour montrer l'activité qui règne dans ce service, nous donnerons le relevé des opérations faites du 7/19 novembre au 14/26 décembre 1889, soit pendant un espace de cinq semaines (1).

15 laparotomies se répartissant ainsi :

6 ovariotomies, dont deux avec suppuration du kyste ;

4 myotomies ;

1 néphrectomie par voie abdominale ;

2 salpingotomies ;

1 cas d'ablation bilatérale de kyste para-ovarien ;

1 cas d'ablation d'excroissances papillaires du péritoine (vegetationes papillares peritonei) ;

6 hystérectomies par voie vaginale ;

1 extirpation par voie vaginale d'un myôme sous-muqueux pesant 1 kilog. ;

24 opérations de moindre importance.

Soit un total de 45 opérations pour cinq semaines, opérations qui toutes ont réussi : pas de fièvre, pas de suppuration. Au moment ou nous écrivons, toutes ces malades ont déjà quitté la Clinique.

(1) Du 2/14 septembre au 14/26 décembre 1889, le nombre des malades examinées à la consultation a été de 390.

Ces résultats font bien augurer de l'avenir de la Clinique de gynécologie ; ils font grand honneur à l'homme éminent qui la dirige, au professeur Snéguireff.

Il nous resterait à décrire divers aménagements intérieurs que le défaut d'espace nous oblige à laisser de côté, les deux salons du professeur, les chambres de garde, etc. Bornons-nous à dire que, là où le nécessaire eût suffi, on a pensé même à l'agréable.

Et la carte à payer, nous demandera-t-on ? On s'attendait bien un peu à dépasser les 208,000 fr. de la donation, mais on savait aussi que la générosité du donateur ne demeurerait point en reste. Tout compte fait, les frais de premier établissement se sont élevés à 400,000 francs environ (le terrain avait été donné par la ville).

Je me ferai un devoir en terminant, de remercier le professeur Snéguireff de la bonne grâce avec laquelle il m'a admis à suivre son service. Qu'il me permette de lui en exprimer ici ma vive reconnaissance ; qu'il me permette aussi de répéter que les heureux résultats obtenus à la clinique sont dus, dans une bien large mesure, à sa science, à son admirable talent d'opérateur, à son infatigable activité.

Moscou, 15/27 janvier 1890.

REVUE CLINIQUE

NOTE SUR UN CAS D'OVARIOTOMIE POUR UN PETIT KYSTE DE L'OVAIRE ENCLAVÉ DANS LE CUL-DE-SAC DE DOUGLAS

Par le Dr **Ed. Schwartz**, chirurgien de la Maison municipale de santé,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

L'observation que nous avons l'honneur de rapporter nous semble intéressante en ce que, malgré l'absence totale d'adhérences d'un kyste ovarique aux parties environnan-

tes, nous avons eu quelque difficulté pour le faire sortir de sa loge par suite de l'adhésion intime des surfaces séreuses et de leur accolement exact.

Il semble qu'il y ait eu là un phénomène analogue à celui qu'on observe, quand on applique l'une sur l'autre deux plaques de verre polies et parfaitement planes, il faut une certaine force pour les séparer. Les efforts que nous avons faits pour extraire la tumeur du cul-de-sac de Douglas, dans lequel elle était enclavée, étaient tels que nous étions fermement convaincus qu'il existait des adhérences très intimes, alors qu'une fois la séparation faite en ces points, le kyste est sorti sans aucune difficulté et présentait partout une surface absolument lisse. Il est bon d'être prévenu de la possibilité de pareilles dispositions dans le cas de tumeurs enclavées dans le petit bassin.

Il s'agissait d'une jeune femme de 27 ans, qui entra à l'hôpital Beaujon en 1888. Elle a été réglée pour la première fois à 17 ans; elle n'a jamais souffert si ce n'est depuis trois mois; elle a eu un enfant il y a deux ans qui est arrivé à terme; elle se croyait enceinte une seconde fois quand il y a deux mois elle sentit, à l'occasion d'un effort, se produire un craquement dans l'hypochondre droit; elle fit alors une fausse couche suivie d'une hémorrhagie très abondante.

Admise une première fois à l'hôpital Beaujon à ce moment, elle en ressortit encore souffrante pour y rentrer, alors définitivement, au mois de février 1888. Elle se plaint alors de douleurs dans toute la région abdominale avec irradiations dans les reins, les fesses et la partie supérieure des cuisses. Le palper est excessivement douloureux surtout dans la fosse iliaque droite où la moindre pression arrache des cris à la malade et permet de sentir une tumeur profondément située débordant à peine le petit bassin. Le toucher vaginal permet de constater l'existence dans le cul-de-sac droit et postérieur de la même tumeur, très douloureuse à la moindre pression. Le palper bimanuel fait sentir qu'elle est résistante, à peu près régulièrement sphérique, du volume d'une grosse orange. L'utérus paraît normal; le col est entr'ouvert et laisse écouler un mucus jaunâtre.

La malade affirme qu'elle perd en blanc continuellement depuis 2 mois et qu'à certains moments l'écoulement ressemble à du pus. Nous constatons nous-même l'existence d'une leucorrhée très abondante alternant avec un écoulement séro-purulent assez fétide, après lequel il semble y avoir un grand soulagement.

Tous ces phénomèmes nous font penser à une salpingite consécutive à une fausse couche et très probablement à une salpingite purulente (car la malade a en outre des accès de fièvre de temps en temps), se vidant dans l'utérus, sans qu'il soit possible néanmoins de percevoir la moindre diminution de la tumeur pelvienne. Quoi qu'il en soit, on mit la patiente au repos complet, on lui fit faire des lavages chauds à la liqueur de Van Swieten coupée de 3/4 d'eau ; cataplasmes laudanisés sur le ventre ; elle ne veut pas entendre parler d'intervention.

Peu à peu tous les signes s'amendent, mais la tumeur persiste et les douleurs continuent, elle se décide enfin à l'opération qui est pratiquée au mois de mai 1888. Laparotomie, incision médiane de 8 centimètres.

Quel ne fut pas notre étonnement, quand au lieu de trouver la trompe malade comme nous nous y attendions, nous constatâmes qu'il s'agissait d'un petit kyste non tubaire, mais ovarien, enclavé complètement derrière le ligament large dans le cul-de-sac de Douglas. Nos essais pour l'attirer au dehors furent d'abord tout à fait infructueux, si bien que nous étions persuadé qu'il tenait par des adhérences très intimes à sa loge, elles ne s'expliquaient que trop bien par les phénomènes inflammatoires dont la région avait été le siège. Tout à coup pendant que nous étions occupé à essayer de libérer le kyste à l'aide des doigts, ceux-ci s'insinuent sans difficulté entre lui et le péritoine et toute la tumeur sortit comme par enchantement du fond du bassin tenant à un pédicule qui était gros comme le petit doigt, qu'il nous fut facile de lier et de sectionner.

L'examen immédiat de la surface de la poche kystiqne nous la montra absolument polie, sans aucune trace de fausses membranes ou d'adhérences. La section nous fit voir qu'il s'agissait d'une petite tumeur polykystique de l'ovaire droit. La trompe droite ne paraît pas altérée, quoique plus volumineuse que celle du côté gauche. L'abdomen est refermé par des sutures aux crins de Florence.

Les suites de l'opération ne furent pas des plus simples. L'opérée fut prise dès le soir même d'agitation, de douleurs vives, de fièvre, le ventre se ballonna un peu dès le lendemain ; tous les signes de péritonite se calmèrent sous l'influence d'application de glace, de sangsues, d'injections sous-cutanées de morphine ; 5 jours après l'opération, perte abondante de sang par le vagin, de caillots fétides. Après cela, la malade entre franchement en convalescence; elle est complètement guérie le 18 juin (l'opération avait eu lieu le 26 mai).

Il y a dans cette observation deux points qui méritent d'être mis en lumière. Le premier qui concerne le diagnostic ; il y avait tout lieu de songer à une lésion de la trompe, comme y faisaient penser les antécédents, les signes de métrite, ceux de pelvipéritonite, la présence d'une tumeur dans le cul-de-sac droit et en arrière ; le second est celui sur lequel nous avons appelé l'attention dès le début et qui montre qu'un petit kyste, même libre de toutes adhérences, peut donner lieu à des difficultés d'extraction auxquelles on ne s'attend pas en général.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'HYSTÉROPEXIE VAGINALE DANS LE TRAITEMENT DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES

Par **Henri Hartmann**.

Le traitement des rétro-déviations utérines par l'hystéropexie vaginale ou fixation vaginale de la matrice est de date récente.

Amussat, en 1850, avait bien eu l'idée de modifier les insertions vaginales postérieures du col de l'utérus au moyen de caustiques, et Richelot père, puis Courty, avaient publié des cas de guérison de rétroflexion par soudure du col de la

matrice à la paroi postérieure du vagin, mais ce n'était là, en somme, que des tentatives isolées et grossières.

Dans ces dernières années, Schucking en Allemagne et Nicolétis en France eurent l'idée de traiter méthodiquement les rétro-déviations en prenant la paroi vaginale comme point d'appui pour faire basculer l'utérus.

L'opération de Schucking consiste en principe à fixer, au moyen d'une suture, le fond de l'utérus à la paroi antéro-latérale du vagin et à obtenir une soudure du revêtement péritonéal de cet utérus avec la portion la plus profonde du repli vésico-utérin ou avec la portion de péritoine située sur le côté de ce repli.

Après avoir désinfecté le vagin par l'application de tampons imbibés d'une solution phéniquée à 3 p. 0/0 et l'endométrium par des lavages avec de la teinture d'iode, des solutions d'acide phénique ou de chlorure de zinc, Schucking endort sa malade, la place dans la position dorso-sacrée, vide la vessie, applique la valve inférieure du spéculum de Simon; puis, saisissant avec une pince de Museux la lèvre antérieure du col, il ramène à l'aide d'une forte sonde l'utérus en antéflexion. Cela fait, il introduit jusqu'au fond de l'utérus un porte-aiguille muni d'un crin de Florence (1).

Tirant fortement en bas l'utérus avec la main droite qui tient à la fois la pince de Museux et le porte-aiguille, en ayant soin de diriger la traction de telle sorte que le col de l'utérus soit reporté à gauche et le fond à droite, l'opérateur cherche à l'aide de quelques mouvements de levier à placer le fond de l'utérus de manière à pouvoir reconnaître avec l'indicateur de la main gauche le point qui correspond à l'extrémité du porte-aiguille. A ce moment un aide écarte avec une sonde la vessie, à gauche, le chirurgien fait saillir l'ai-

(1) Ce porte-aiguille est construit de telle façon que la pointe de l'aiguille est cachée. Primitivement Schucking employait la soie bouillie dans une solution phéniquée à 5 p. 0/0. Il l'a abandonnée à cause des difficultés que présente son ablation ultérieure.

guille lentement, progressivement de manière à amener sa pointe dans le vagin. L'extrémité du fil, porté par l'aiguille ramenée et retirée, il ne reste plus pour terminer l'opération qu'à nouer les 2 bouts.

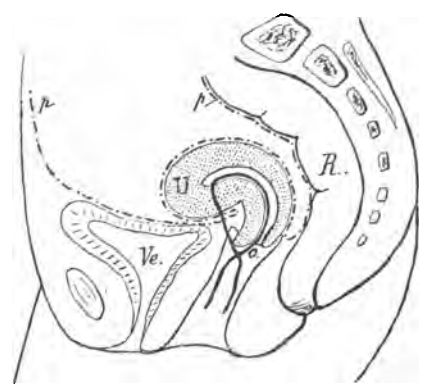


FIG. 1. — Sur cette figure, faite d'après un dessin de Schucking, on voit l'utérus placé en antéflexion et l'on comprend que le fil serré maintienne solidement sa situation nouvelle. — *U*, Utérus. — *R*, Rectum. — *Ve*, Vessie. — *pp*, Péritoine.

On remarquera que, pour faire passer son fil, Schucking a imaginé entre la vessie et la paroi vagino-utérine un espace qui n'a jamais existé que dans son esprit et qui ne correspond à aucune réalité anatomique, la vessie adhérant directement au tiers moyen du col et à la paroi du vagin.

Tampon iodoformé dans le vagin, vessie de glace sur le ventre, légère flexion des cuisses pour éviter le tiraillement des fils. Le fil ne doit être enlevé qu'après la 8e ou la 10e semaine et pendant tout ce temps on doit faire porter un pessaire de Hodge ou de Thomas.

L'opération de Nicolétis, préconisée par L.-G. Richelot, a pour but de redresser, après amputation du col le corps de l'utérus, qu'on fait basculer en avant en prenant point d'appui sur la paroi vaginale postérieure et en attirant vers elle la partie antérieure du moignon d'amputation utérine (1).

(1) C'est l'utérus mobile qu'on suture au vagin fixe, c'est donc bien comme le fait remarquer Richelot une *hystéropexie vaginale* que l'on pratique et non une *élytropexie utérine*. Étant donné que c'est la partie supérieure du col amputé que l'on fixe à la paroi vaginale postérieure, il serait peut-être plus correct de dire avec M. Baudouin : *trachélectomopexie vaginale postérieure*.

Elle repose sur ce fait anatomique qu'il existe autour de la partie supérieure du col utérin une sorte d'anneau fibro-musculaire répondant à la partie supérieure du vagin et aux

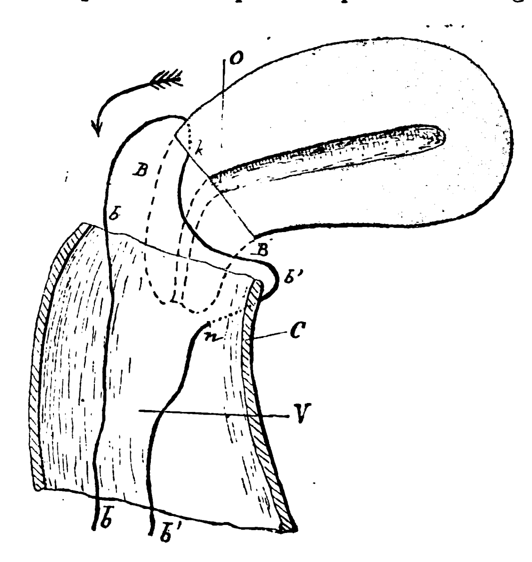


FIG. 2. — Coupe médiane antéro-postérieure, utérus rétrofléchi. La partie du col amputée est marquée en pointillé. *V* est le vagin ; *O* la cavité utérine. On comprend que le fil *bb'* pénétrant en *n*, assez loin en arrière, la paroi latérale du vagin fixe et venant traverser en avant en *k*, le moignon utérin *mobile* tendra lorsqu'on la serrera à amener le point *k* au voisinage du point *n*, déterminant ainsi une bascule de l'utérus dans le sens indiqué par la flèche.

tissus avoisinants, anneau dont l'importance est capitale au point de vue de la fixation de l'utérus (1).

Après une irrigation chaude et prolongée destinée à anémier autant que possible les tissus pour être moins gêné par le sang, on commence par une amputation susvaginale, inci-

(1) Pour s'en assurer, il suffit de faire sur le cadavre deux expériences : 1° détacher l'utérus de ses insertions vaginales et du tissu cellulaire qui l'environne en remontant à un centim. au-dessus de ses insertions. Bien que tous les ligaments soient conservés, le fond de l'utérus se déplace suivant la position du sujet ; 2° sans toucher aux insertions vaginales, sectionner tous les ligaments jusqu'à l'union du corps et du col, le fond de l'utérus reste immobile quelle que soit l'attitude donnée au sujet (Nicolétis, d'après Debayle).

sion circulaire des culs-de-sac du vagin, décollement de la vessie, décollement du cul-de-sac de Douglas (1). La section du col doit être légèrement conoïde et porter immédiatement au-dessus de l'angle de flexion (2). Jusqu'ici rien de spécial. Tout le procédé consiste dans la manière de placer les fils destinés à suturer la paroi vaginale au moignon utérin.

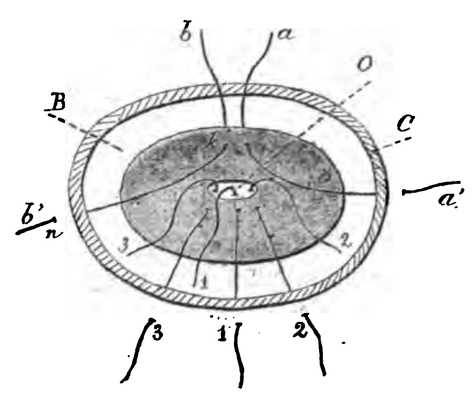


FIG. 3. — Le cercle *C*, marqué de hachures, indique la paroi vaginale sectionnée, la partie ombrée représente la section de l'utérus amputé, *B* le tissu cellulaire péri-utérin. - Les fils 1, 1, 2, 2, 3, 3, amènent la muqueuse vaginale postérieure au contact de la partie postérieure de l'endométrium. — Les fils *a a'*, *b b'* pénétrant la paroi vaginale en *n*, l'utérus en *k* amèneront lorsqu'ils seront noués la bascule utérine, indiquée sur la figure 2.

Trois fils 1,1, 2,2, 3,3, placés comme l'indique la figure 3, permettent d'affronter la muqueuse vaginale postérieure à la muqueuse postérieure de la cavité utérine. La bascule de l'utérus est déterminée par deux fils qui, pénétrant la paroi vaginale en arrière de son diamètre transverse vont accrocher la partie antérieure du moignon qui, mobile, bascule pour se mettre en rapport avec la paroi vaginale postérieure

(1) Les artères sont pincées au cours de l'opération et, l'amputation terminée, on place quelques catguts sur les points qui saignent. Si dans le décollement du cul-de-sac de Douglas on déchire le péritoine, on en est quitte pour mettre un ou deux points de suture.

(2) C'est là un point de la plus haute importance ; si l'amputation portait au-dessous de l'angle de flexion on aurait dans celui-ci une charnière mobile qui permettrait immédiatement la reproduction de la flexion en arrière.

fixe lorsque l'on serre le fil (voir fig. 2 le fil *b b k b' b'* et fig 3 les fils *b k b'*, a a').

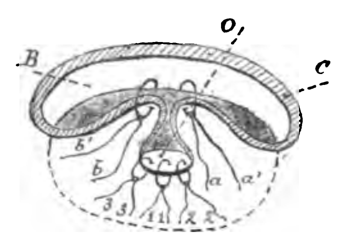


Fig. 4. — Les fils 1,1, 2,2, 3,3, sont serrés ; les fils *a a'*, *b b'* sont noués mais incomplètement serrés ; la plus grande partie de la section utérine est déjà recouverte par la muqueuse vaginale, il ne reste plus à nu que la partie ombrée.



Fig. 5. — Les fils 1, 2, 3, *a*, *b*, sont serrés ; pour recouvrir la partie du moignon utérin encore à nu, il suffit de placer quelques fils complémentaires indiqués en 4, 5, 6, 7, 8.

Lorsque ces fils sont en place on a l'aspect représenté sur la fig. 4. Il suffit pour terminer l'opération de serrer les fils *b'* a a' *b* et de placer (voir fig. 5) quelques fils complémentaires 4, 5, 6, 7 et 8 pour terminer l'affrontement de la muqueuse vaginale avec l'endométrium.

Tels sont les deux procédés d'hystéropexie vaginale actuellement en vogue auprès de quelques gynécologistes.

La fixation vaginale de Schucking nous semble théoriquement présenter une série de défauts graves : 1° danger de blesser la vessie (ce qui n'aurait que peu d'inconvénients, d'après Schucking) ; 2° possibilité de perforer une anse intestinale ; 3° danger d infection péritonéale pour peu que la cavité utérine ne soit pas aseptique. Enfin comme résultat final, elle n'aboutit qu'à remplacer une déviation par une autre déviation, une rétroflexion par une antéflexion ; aussi avons-nous de la peine à croire le dire de l'auteur qui, sur 43 cas, n'aurait pas eu un seul échec et aurait toujours guéri ses malades.

Quant à l'opération de Nicoletis, elle a été, dès son apparition, des plus discutée à la Société de chirurgie. Les uns ont affirmé que la simple amputation du col, pratiquée selon les procédés classiques, suffisait pour amener le redressement

de l'utérus, les autres n'ont pas trouvé dans le vagin un point d'appui suffisant pour la fixation de cet utérus et n'ont vu là qu'un procédé purement théorique; d'autres enfin ont fait observer qu'une flexion ne causait guère de symptômes par elle-même et que les phénomènes douloureux étaient toujours liés soit à une inflammation utérine, soit à une inflammation péri-utérine.

On peut, croyons nous, conclure :

1° Que dans tous les cas, où il existe une lésion inflammatoire péri-utérine (rétro-déviations fixes), l'hystéropexie vaginale de Nicolétis-Richelot est une opération insuffisante, vouée à une échec certain.

2° Que dans les rétro-déviations avec métrite, il faut commencer par le traitement de la métrite, qui, à lui seul, suffit le plus souvent pour amener la cessation des symptômes. Toutefois, comme ce traitement comporte, dans nombre de cas, l'amputation du col, nous pensons que, lorsque celle-ci est indiquée, il y a intérêt à la terminer par la suture de Nicoletis. Celle-ci détermine, ainsi que l'indique Richelot, un redressement mécanique et immédiat, qui, s'ajoutant à la simple amputation du col, paraît être au moins une chance de plus pour que l'organe se maintienne en bonne position; cette suture n'aura d'efficacité que chez les femmes dont l'utérus ne présente pas la moindre tendance au prolapsus, dont le vagin est ferme, le périnée solide, en un mot, lorsque la rétro-déviation constitue la seule déformation sexuelle appréciable.

Bibliographie. — SCHUCKING. De la ligature vaginale de l'utérus et de son emploi dans la rétro-flexion. *Congrès des naturalistes et médecins allemands.* Cologne, septembre 1888, in *Annales de gynécologie*, décembre 1888, t. XXX, p. 456. — Die vaginale ligature des Uterus und ihre Auwendung bei retroflexio und prolapsus uteri. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1888, p. 817. — Bemerkungen über die Methode der vaginale Fixation bei Retroflexio und uteri. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 8, p. 123. — TAMPKE. Zwei Fälle von Retroflexio Uteri, geheilt durch vaginale Fixation nach Schücking, *ibid.*, p. 126. — L.-G. RICHELOT. De l'hystéropexie vaginale dans le traitement des rétro-déviations. *Congrès français de chirurgie*, 1889. *Bull. et mém. Soc.*

de chir., Paris, 1889, t. XV, p. 765. Discuss. : POZZI, QUÉNU, CHAMPIONNIÈRE, BOUILLY, TRÉLAT, TILLAUX. — DEBAYLE (L.-H.). De l'hystéropexie vaginale. Th. Paris, 1889-1890 et 1890. Paris, Steinheil.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances du 29 *avril et du* 27 *mai* 1890.

Présentations. — POLAILLON. **Fœtus momifié**, âgé de 2 mois 1/2 environ, provenant d'une grossesse extra-utérine. L'observation concerne une femme âgée de 26 ans, irrégulièrement menstruée. En septembre 1889, règles plus courtes que d'habitude, en octobre pas de menstruation. En novembre, au moment d'un effort, violente douleur dans l'abdomen, suivie d'accidents, qui après quelques jours, forcèrent la femme à s'aliter et furent traités comme péritonite. A la suite d'un traitement médical assez prolongé, amélioration très marquée. Vers la fin de janvier, réapparition des règles qui durèrent 8 jours, et consécutivement, constatation d'une tumeur, grosse comme le poing, située dans le ligament large, droit. *Laparotomie.* Épiploon ecchymotique, noirâtre. En arrière de l'épiploon, fœtus libre dans la cavité abdominale ; à côté, trompe rupturée, siège du placenta et distendue par des caillots. Extraction avec les doigts de la plus grosse portion du placenta et des caillots, et, après ligature du pédicule, extirpation de la trompe et de l'ovaire correspondant. Abandon du pédicule dans le ventre, et toilette du péritoine au moyen d'un lavage abondant. *Guérison.*

TARNIER. **Kyste séreux congénital chez un enfant de huit jours.** — Le nouveau-né, porteur de ce kyste, est âgée de 8 jours. L'accouchement fut spontané mais la tête se dégagea un peu obliquement et l'on aperçut derrière elle une tumeur aussi volumineuse qu'elle, très tendue, résistante, transparente, insérée à la région cervicale postérieure. La tumeur qui a un peu diminué depuis l'accouchement, paraît être kystique et multiloculaire.

LE DENTU. **Kysto-fibrome végétant appendu à l'extrémité externe du ligament tubo-ovarien et à la grande frange du pavillon de la**

trompe. — ..., 23 ans, habituellement bien réglée; rien de particulier à noter dans les antécédents, si ce n'est que, depuis environ 4 mois, elle avait ressenti un peu de gêne dans le bas-ventre. La palpation abdominale permit de constater, au-dessus du pubis, une masse dure, finement bosselée, allongée transversalement, occupant le petit bassin en avant et à droite de l'utérus, avec lequel elle ne paraissait pas avoir de connexions étroites, car elle se laissait déplacer facilement d'un côté à l'autre du ventre. Par le toucher vaginal, on reconnut que l'utérus était indépendant de la tumeur qui le refoulait en arrière. *Laparotomie.* La tumeur s'était développée sur le bord du ligament large du côté gauche, au niveau du ligament tubo-ovarien, auquel elle était rattachée par un pédicule très étroit. Comme l'ovaire gauche renfermait un ou deux petits kystes et que l'une des franges du pavillon de la trompe se confondait avec le pédicule, le chirurgien enleva les annexes au ras de la corne gauche de l'utérus. Suites opératoires régulières (l'opération date de 5 jours). De l'examen macro et microscopique de la tumeur, il résulte qu'il s'agit d'un *kysto-fibrome végétant*, contenant peu de kystes, beaucoup de tissu fibreux, et recouvert par un épithélium pavimenteux aussi quelque peu végétant.

R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 *avril* 1890.

Présentations. — TERRILLON. **Kystes papillomateux des deux ovaires avec ascite ; ablation par la laparotomie. Guérison.** — Cette pièce pathologique provient d'une femme âgée de 32 ans, qui, 18 mois auparavant, avait remarqué que son ventre augmentait de volume. Depuis cette époque, elle avait subi une ponction qui avait donné 12 litres de liquide, une laparotomie, au cours de laquelle le chirurgien ayant constaté des productions papillomateuses crut à une affection cancéreuse et renonça à tenter une opération radicale. Une 2e ponction, dans laquelle on retira 16 litres de liquide permit de sentir deux tumeurs dures, bosselées, englobant de chaque côté l'utérus et l'immobilisant. Nouvelle laparotomie, pratiquée par Terrillon qui, avec beaucoup de peine, réussit à extirper deux tumeurs polykystiques, présentant à leur surface une grande quantité de végétations friables.

Suites opératoires excellentes. — Quant au résultat définitif, on ne peut rien affirmer. L'opération date seulement de 10 jours.

Discussion. — SCHWARTZ. Il serait utile de soumettre ces papillomes à l'examen microscopique. Leur extirpation s'est-elle accompagnée d'une perte de sang abondante ? TERRILLON. L'hémorrhagie a été assez sérieuse. D'autre part, M. Péan a présenté à l'Académie des papillomes semblables : il considère ces tumeurs comme généralement bénignes et ne récidivant pas.

VERRIER. **De l'hypnotisme pendant le travail de l'accouchement.** — La récente discussion sur l'emploi du chloroforme en obstétrique, les divergences qui se sont manifestées au sujet de ce qu'on a appelé l'anesthésie obstétricale, ont conduit l'auteur à se demander s'il n'y aurait pas dans l'hypnotisme un moyen, efficace et inoffensif, capable de se substituer au chloroforme dont l'administration ne serait pas toujours exempte de dangers. Dans cette idée, il a repris et résumé les principaux travaux parus sur la question, et rappelé les faits positifs déjà publiés (ceux de Pritzl, d'Auvard en collaboration avec Sécheyron, de Luys, de Fanton). Il fait en outre remarquer que si, conformément à l'expression de Gilles de la Tourette, les moyens d'hypnotisation ordinaires ne permettent d'appliquer la méthode qu'à un très petit nombre de sujets, par contre les innovations récentes de Luys et de Fanton (fascination à l'aide de miroirs, de lampes à éclipses régulières), agrandissent le champ de ces interventions et le généralisent à toutes les femmes hypnotisables en dehors de tout état hystérique. En terminant, l'auteur exprime le désir que la Société nomme une commission qui serait chargée de s'asurer quel degré de confiance le praticien peut avoir dans la nouvelle méthode.

Discussion. — CHARPENTIER. La méthode ne sera jamais que d'une application exceptionnelle. Il faut que la femme soit hypnotisable, que le médecin soit en état de pratiquer l'hypnotisation. Dans ces conditions, il paraît impossible qu'elle puisse remplacer la chloroformisation. BUDIN. Pourquoi nommer une commission ? Il faut donner aux observations le temps de se multiplier. M. Verrier a fait allusion à une malade de M. Luys qui aurait accouché dans mon service et aurait bénéficié des avantages de l'hypnotisation. Personnellement, je n'en puis rien dire. A mon arrivée, l'accouchement était terminé. PAJOT croit qu'il est inutile de nommer une commission, parce qu'il est convaincu qu'elle ne se réu-

nira pas. On en a nommé une pour la question du chloroforme, il y a déjà plusieurs mois. Elle ne s'est pas encore réunie. DUMONT-PALLIER pense qu'une commission pourrait être utile à un moment donné. En conséquence, il demande à la Société si elle consent à y admettre MM. Verrier, Budin et Porak, auxquels il s'adjoindrait. (Adopté).

AUVARD lit un mémoire adressée par le professeur Treub à l'appui de sa canditature : **Traitement du pédicule dans l'hystérectomie.**

SABAIL. — **De l'effet thermo-chimique des eaux minérales sulfureuses sur la paramétrite et la périmétrite chroniques.**

AVRARD. **Rapport sur plusieurs mémoires du Dr Dumas** (de Lédignan). — 4 de ces mémoires touchent à l'obstétrique : *a*) diagnostic de la grossesse au début ; *b*) de l'enchatonnement partiel du fœtus ; *c*) nouvelles applications du vide par la ventouse emménagogue; *d*) emploi du seigle ergoté.

a) Pour diagnostiquer la grossesse au début, l'auteur applique sur le mamelon un petit appareil (véritable tire-lait), fait l'aspiration, et constate s'il apparaît ou non une goutte de sérosité à l'ouverture des canaux excréteurs. Le résultat est-il positif, il conclut, formellement, à l'existence de la grossesse, surtout s'il s'agit d'une primipare. S'agit-il d'une femme, mère, mais qui n'allaite plus depuis 3 mois, la grossesse est infiniment probable. L'auteur aurait pu ainsi diagnostiquer la grossesse, dès le 1er mois.

Discussion. — MAYGRIER fait observer, que l'écoulement de sérosité s'observe aussi dans les cas de tumeurs ; et qu'en conséquence, le phénomène ne représente qu'un signe, douteux, de l'état de gravidité ; *b*) l'auteur cite une observation personnelle d'enchatonnement partiel du fœtus, et rappelle un cas analogue emprunté au Dr Gerbaud de Montpellier; *c*) en ce qui concerne la ventouse emménagogue, il la croit susceptible d'être utilisée pour rappeler les règles brusquement supprimées, et pour abréger, dans les accouchements laborieux, la durée du travail ou du moins de la période de dilatation ; *d*) dans le 4e mémoire, relatif à l'emploi du seigle ergoté l'auteur se déclare d'avis qu'on devrait y recourir plus souvent. Ainsi, dans l'avortement, si l'embryon n'a pas été expulsé, dans l'accouchement, si le fœtus n'est pas encore dégagé. Toutefois, il admet des contre-indications assez nombreuses, et assez délicates à apprécier, pour que, d'une manière générale, il

semble plus prudent de s'en tenir à la formule classique « pas d'ergot, tant qu'il y a quelque chose de solide dans la matrice ».

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 4 février 1890.

Présentations. — GOTTSCHALK. Utérus, enlevé sur une femme âgée de 51 ans qui, après avoir cessé d'être menstruée, fut prise de pertes de sang irrégulières. L'examen de la pièce permet de constater l'existence d'un **épithélioma du col**, ulcéré, développé aux dépens de la muqueuse, et immédiatement au-dessus de l'orifice externe Le principal intérêt de cette pièce réside dans la présence, au niveau du fond de la matrice, d'une *dégénérescence, circonscrite, de la muqueuse du corps*, qui, par sa consistance dure et son aspect, éveille l'idée d'une métastase cancéreuse. Si l'examen microscopique confirmait cette idée, il y aurait là un argument en faveur de l'hystérectomie totale dans tous les cas de cancers opérables.

GEBBARD. **Utérus et annexes atteints de dégénérescence cancéreuse**, provenant d'une femme âgée de 53 ans, morte épuisée par les pertes sanguines et purulentes, liées à une affection reconnue inopérable dès l'arrivée de la femme à l'hôpital. A l'autopsie, il fut impossible, en raison de son extension, de déterminer le foyer d'origine de la néoplasie. Parois du col, du corps, culs-de-sac, ovaires, veines, vaisseaux, ganglions lymphatiques pelviens, ganglions inguinaux sont infiltrés de masses cancéreuses. La généralisation s'est faite par contiguïté de tissus, et par la voie lymphatique.

OLSHAUSEN. **Éléphantiasis de la vulve et du clitoris.** — La masse totale fut enlevée en même temps qu'une portion de la paroi postérieure du vagin. Il semblait qu'il existât au niveau de l'anus un processus hypertrophique analogue, mais il s'agissait de bourrelets hémorrhoïdaux. La muqueuse rectale était épaissie et plissée. L'étiologie est incertaine.

Discussion. — MARTIN demande si la syphilis n'est pas en cause. GUSSEROW, se fondant sur des observations personnelles, nombreuses, conclut à la nature syphilitique de l'affection. Elle résiste néanmoins au traitement spécifique. D'autre part, les opérations sont souvent suivies de néoformations cicatricielles, très fâcheuses.

OSLHAUSEN reconnait que l'état de la muqueuse rectale concorde bien avec l'hypothèse de syphilis.

A. MARTIN. **Sur un cas de kyste du pancréas.** — Tumeur enlevée après laparotomie, sur une femme âgée de 50 ans. En 1873, cette femme avait déjà été laparotomisée par E. Martin, qui, ayant constaté des adhérences étendues de la tumeur avec l'intestin, avait renoncé à l'extirpation. La tumeur présente, à la périphérie de l'espace kystique, une masse cicatricielle, longue de 18 cent. large de 5 cent., contenant dans son épaisseur un grand nombre de kystes de dimensions variables. Entre les kystes, existe un tissu interstitiel très dense, pourvu de vaisseaux à parois épaisses, de dépôts graisseux et sanguins, et de débris de glandes, qui ne présentent que des vestiges d'épithélium glandulaire, ayant subi la dégénérescence graisseuse. Pas de traces du canal de Wirsung. En somme, *dégénérescence kystique d'un pancréas détruit par un processus interstitiel, chronique.* Guérison.

JURGENS. **Pancréas d'un diabétique** malade depuis 7 ans, et mort subitement. — Le tissu glandulaire a complètement disparu, et le canal de Wirsung contient des concrétions de carbonate de chaux.

Chez deux autres sujets qui avaient présenté un amaigrissement brusque, et morts subitement, Jürgens avait constaté l'atrophie du placenta. R. L.

XXXIX[e] CONGRÈS DES MÉDECINS SUISSES (1).

30 *et* 31 *mai* 1890.

WYDER (Zurich) fait une série de *démonstrations gynécologiques.* — 1° un *utérus extirpé par l'amputation supra-vaginale pour des myômes multiples avec complication de grossesse;* 2° *grossesse extra-utérine* chez une personne de 36 ans, ayant eu une péritonite aiguë à la suite de ses secondes couches. Enceinte pour la troisième fois, l'automne dernier, la grossesse eut d'abord un cours parfaitement normal. Pendant quatre mois, la mère sentit distinctement les mouvements de l'enfant, qui cessèrent tout d'un coup. Lorsqu'elle entra à la Clinique, elle présentait deux grosses tumeurs abdominales, occupant chacune l'une des moitiés de l'abdomen de chaque côté de la ligne blanche et se prolongeant dans le bassin. La tumeur droite était dure et résistante au toucher.

(1) D'après le *Progrès Médical.*

tandis que la palpation révélait une fluctuation distincte de la tumeur gauche, ce qui pouvait faire penser à un kyste de l'ovaire. Après trois mois d'observation, pendant lesquels la malade ne présenta pas d'autres symptômes qu'un affaiblissement général, on procéda à la laparotomie qui mit au jour un fœtus au 10e mois, adhérent de tous côtés au péritoine et aux intestins. La tumeur droite était formée par l'utérus disloqué et le placenta adhérant au ligament large et au sommet de la vessie. Après avoir détaché avec beaucoup de peine fœtus et placenta, on fit un pansement à la gaze iodoformée, et après quatre semaines la malade était remise ; 3° *ventro-fixation de l'utérus pour un prolapsus*, opéré déjà cinq fois autrement sans résultat. Ayant dû faire à la malade l'extirpation de deux kystes des ovaires, M. Wyder se servit des pédicules pour la ventro-fixation. Le résultat est jusqu'à présent des plus satisfaisants ; 4° *hématomètre et hémato-salpingite* chez une femme ayant subi l'amputation du col utérin. Peu de temps après cette opération, il se produisit une atrésie de l'orifice, avec apparition de douleurs insupportables à l'époque de la menstruation. En même temps, on pouvait constater l'apparition d'une tumeur résistante des deux côtés de l'utérus. La dilatation de l'orifice utérin donna issue à une quantité notable de sang noir. Malgré cela, l'hémato-salpingite persistant, Wyder eut recours à la ponction avec aspiration. Une ponction unique qui produisit environ 300 c. c. de sang, suffit pour faire diminuer de volume les deux tumeurs, preuve que l'on avait affaire à une hémato-salpingite unilatérale. Pendant huit jours tout alla bien, et l'on permit à la malade de se lever ; ce qui eut des conséquences graves. La tumeur augmenta de nouveau de volume, les douleurs reparurent et avec elle une fièvre intense. Il était évident que l'on se trouvait en présence d'une suppuration. Après avoir fait la laparotomie, Wyder chercha à suturer la tumeur à la plaie abdominale. Mais la paroi déjà gangrénée creva subitement en inondant la cavité abdominale d'un liquide répandant une odeur fétide. Après avoir désinfecté soigneusement la cavité abdominale et réséqué une bonne partie de la poche gangrénée, il sutura le reste dans la plaie extérieure. Immédiatement une amélioration sensible se manifesta dans l'état de la malade ; la plaie se couvrit de granulations qui cicatrisèrent bientôt. Au bout d'un mois la malade put quitter le lit, et d'ici à quelques jours, elle sera complètement

remise ; 5° *colpocléisis à la suite d'une nécrose étendue de la paroi vésico-vaginale* produite par l'emploi d'un pessaire de *Swank-Schilling.* La malade ayant négligé de retirer de temps en temps et de nettoyer cet instrument, celui-ci se couvrit de concrétions calcaires et fut bientôt la cause de troubles urinaires graves avec incontinence d'urine. A son entrée à la clinique, il fut impossible de retirer le pessaire, et on dut le couper avec une pince pour pouvoir l'extraire. Lune des ailes du pessaire avait perforé la cloison vésico-vaginale et déterminé une large communication entre les deux cavités. Après avoir combattu par des irrigations antiseptiques l'inflammation qui avait envahi tout le vagin, on chercha à refermer la vessie. Mais le tissu cicatriciel environnant, empêchant la réunion des bords, on dut avoir recours à la colpocléisis. Après avoir avivé le bord inférieur de la fistule, on le sutura à la paroi postérieure du vagin, également avivée, de façon à fermer complètement l'orifice. Aujourd'hui l'incontinence a cessé ; la malade ne ressent pendant la nuit aucun besoin ; le jour elle peut rester trois heures sans uriner.

KROENLEIN.— *Fibro-myôme de l'utérus* extirpé chez une fiancée. Cette jeune personne de 26 ans désirait, avant de se marier, être débarrassée d'un gros fibro-myôme de l'utérus. Krönlein fit la laparotomie et se trouva en présence d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, largement adhérente au fond de l'utérus. Il chercha à enlever la tumeur sans endommager les organes génitaux. Au moyen d'une incision cunéiforme faite dans la direction sagittale, il fit l'ablation du myôme sans avoir pénétré dans la cavité utérine, et réunit les bords de la plaie par une suture à étages. Peu de temps après, la jeune personne se mariait, et, au mois de décembre 1889, elle accouchait sans encombre d'une grosse fille. Cette observation ne plaide pas en faveur de l'école de Hegar, qui extirpe les ovaires, pour écarter toute possibilité de conception.

WYDER lit un travail sur le *traitement du placenta prœvia.* Nous connaissons un grand nombre de méthodes pour combattre cette anomalie obstétricale aussi dangereuse pour la mère que pour l'enfant. Je ne parlerai ici que de deux d'entre elles : le tamponnement de l'utérus et la version combinée. La première de ces méthodes est encore très répandue dans la pratique médicale malgré ses nombreux désavantages. Le tamponnement n'arrête pas sûrement l'hémorrhagie, sans compter qu'il est presque impossible

dès que la poche a crevé. Si l'on tamponne avec de la ouate, les tampons sont bientôt imbibés d'un sang qui se décompose très vite, et doivent être renouvelés fréquemment. Ces manipulations peuvent provoquer une recrudescence de l'hémorrhagie. En outre le danger de l'infection est beaucoup plus considérable ; le segment utérin inférieur est des plus délicats et peut très facilement être lésé. La version combinée réduit tous ces désavantages à un minimum. La poche une fois crevée, le placenta cesse de se détacher de la paroi utérine. En outre, par une version prématurée, on parvient à arrêter complètement l'hémorrhagie. Mais la version ne doit pas se faire de la manière ordinaire, on doit pratiquer la version combinée jusqu'à ce qu'on soit parvenu à saisir un pied et à l'attirer dans l'orifice utérin. Le bassin de l'enfant est le meilleur des tampons. A partir de ce moment on doit laisser l'accouchement suivre normalement son cours, à moins que l'état de la mère ou celui de l'enfant n'exige une prompte délivrance. Si l'extraction devient nécessaire, il faut procéder très doucement et avec une grande lenteur. On peut souvent attendre l'expulsion normale du placenta sans qu'il soit nécessaire de le détacher. L'objection principale que l'on fait à cette méthode est la grande mortalité qui en résulte pour les enfants. La chose est exacte jusqu'à un certain point, mais comme d'un autre côté la mortalité des mères est considérablement réduite, je crois qu'il n'y a pas à hésiter. La vie d'une épouse et d'une mère de famille a incontestablement plus de valeur que la vie problématique d'un enfant. Avec la méthode du tamponnement, la mortalité des mères était de 30 à 40 0/0, celles des enfants de 50 à 75 0/0. Par la méthode de la version combinée on est arrivé à n'avoir à la Charité, à Berlin, sur 107 cas de placenta prævia que 7 cas de mort de la mère soit 6,5 0/0; la mortalité des enfants s'est élevée à 78 0/0, donc pas beaucoup supérieure à celle de l'ancienne méthode. Dans les cas où le tamponnement est indiqué, c'est-à-dire pendant la grossesse ou tout au commencement de l'accouchement lorsque le travail est encore très faible, je recommande d'employer la gaze iodoformée au lieu du tampon de ouate.

REVUE ANALYTIQUE

I. — ANATOMIE ET PATHOLOGIE DU PLACENTA

Contribution à l'histoire du développement du placenta humain. (Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der menschlichen Placenta), S. GOTTSCHALK. *Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd XXXVII. Hft 2, p. 251.

L'auteur a utilisé pour ces recherches un utérus gravide de 5 semaines, enlevé sur une femme vivante.

Il termine l'exposé rétrospectif des opinions diverses émises antérieurement par les auteurs comme il suit : de cet exposé il ressort qu'il faudrait, suivant certains auteurs, repousser l'idée que les villosités choriales pénètrent en se développant dans les glandes utérines, tandis que, suivant les autres, ce processus constituerait le seul, ou tout au moins le plus fréquent moyen de connexion de l'œuf et de l'utérus. D'autre part, un certain nombre d'auteurs attribuent exclusivement un rôle au chorion, les autres, au contraire, à la caduque. Quelques-uns d'entre eux, conformément à l'opinion de Léopold, admettent une pénétration réciproque du chorion et de la caduque.

Gottschalk a fait les constations suivantes: la sérotine présente, à sa surface, une ligne finement dentelée formée par le bourgeonnement du tissu décidual, interglandulaire. L'épithelium utérin, sauf en quelques rares points, a disparu. Les connexions entre l'œuf et la matrice au niveau de la caduque utéro-placentaire, sont de 3 ordres : a) un certain nombre de villosités pénètrent dans les glandes utérines, d'autres se mettent en rapport avec les bourgeons, les prolongements déciduaux, qui sont des émanations du tissu décidual interglandulaire; c) d'autres enfin, prennent contact avec les dépressions de la caduque, et cette dernière disposition suffit à démontrer que le chorion concourt activement à la solide implantation de l'œuf.

Il y a, inversement, suivant la description faite par Léopold, pénétration réciproque des prolongements déciduaux et des villosités choriales. Et déjà, à la 5e semaine, les connexions sont assez intimes pour que Langhans ait eu raison de prétendre, que si l'on exerce une

traction sur l'œuf, on soulève, simultanément, une portion de la sérotine, et pour que sur des œufs abortifs, expulsés à une période très précoce de la grossesse, on constate toujours des fragments de sérotine, restés adhérents aux parois des villosités.

L'auteur fait ensuite une description histologique minutieuse de tous les éléments anatomiques constitutifs de la caduque (glandes, tissu inter-glandulaire, vaisseaux), du chorion (chorion *frondosum*, chorion *læve*), de leur rapports réciproques, de leur développement, et des modifications successives qu'ils subissent, tout en discutant les notions, souvent contradictoires, émises antérieurement. 10 figures, annexées à ce travail très complet, en facilitent beaucoup la lecture.

R. L.

Contribution à l'étude du mécanisme du décollement physiologique du placenta. (Beitrage zum Mechanismus der physiologischen Lösung der Placenta), W. ZINSSTAG. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXIV, Hft 2, p. 255.

L'auteur s'était proposé avant tout, de tâcher de déterminer quel est le mécanisme habituel du décollement du placenta, celui décrit par Schultze, ou celui décrit par Duncan. Il s'est également préoccupé de savoir quelle méthode de délivrance est la plus avantageuse, celle de Crédé ou l'expectation conseillée par Ahlfeld. Au cours de ses laborieuses recherches, il a constaté qu'il existait un mécanisme de décollement intermédiaire à ceux de Schultze et de Duncan. Il consiste en cela, que, comme dans le mécanisme de Duncan, le placenta se décolle et descend par son bord inférieur. Mais, par contre, le délivre se replie sur sa face utérine que les membranes recouvrent plus ou moins, tandis que le contraire se produit dans l'autre mode de décollement.

Conclusions : la méthode d'expectation, encore conseillée par certains auteurs, a sur le procédé de Crédé ce désavantage considérable qu'elle expose les femmes, au moment de la délivrance, à des hémorrhagies abondantes de nature, en certains cas, à mettre la vie en danger.

Le reproche fait au procédé de Crédé, qu'il favorise la rétention des membranes et, par suite, l'apparition de processus morbides durant les suites de couches, n'est pas justifié. Car, les cas de rétention des membranes se montrent aussi nombreux après l'emploi de l'une ou de l'autre méthode de délivrance, et, d'autre part,

la fièvre puerpérale, la plupart du temps, ne coïncide pas avec cette rétention des membranes. En somme, le procédé de Crédé représente la meilleure méthode de délivrer les femmes.

Le mécanisme du décollement et de l'expulsion de l'arrière-faix décrit par Schultze n'est pas le processus physiologique ; il est la conséquence de tractions produites, volontairement ou involontairement, sur le cordon ombilical.

Quand on a soin, pour éviter ces tractions, de couper le cordon dès la naissance de l'enfant, on reconnaît que le mécanisme décrit par Duncan est le plus habituel (l'auteur, toutefois, fait remarquer qu'il n'a nullement l'intention de poser comme règle, qu'il faille procéder à cette section dans tous les accouchements normaux).

L'hématome rétro-placentaire, qu'Ahlfeld signale comme un facteur indispensable au décollement du placenta et des membranes, est absolument inutile, puisque dans 47,9 p. 100 cas, où le décollement s'était opéré suivant le mécanisme de Duncan, les membranes repliées sur la face fœtale, ne contenaient pas une goutte de sang, et que sur 52,1 p. 100 cas où elles étaient repliées sur la face utérine, elles n'en contenaient pas davantage.

R. L.

De l'anatomie du placenta dans la grossesse extra-utérine. (The minute anatomy of the placenta in extra-utérine gestation), B. Hart. *Edinb. m. journ.*, octobre 1889, p. 344.

L'auteur étudie, exclusivement, l'anatomie du placenta quand il est extra-péritonéal.

Dans les cas de grossesse tubaire, les villosités sont comme enfouies entre les cellules déciduales, et il n'y a pas apparence de sinus intervilleux, mais on trouve de larges sinus dans l'épaisseur de la paroi musculaire. Les villosités sont bien formées, et elles sont revêtues d'un épithélium parfaitement développé. Les cellules déciduales possèdent un noyau volumineux et des nucléoles.

Sur des placentas situés entre les ligaments larges, on peut déjà constater les altérations que produisent dans la structure de l'arrière-faix son développement dans le tissu connectif. Les villosités ont des contours moins nets, il existe des extravasats sanguins et des cristaux hématiques nombreux, les cellules déciduales sont rares et moins développées.

Dans la grossesse abdominale avancée, quand le placenta est

situé dans le tissu connectif pelvien, on constate des villosités bien développées, des cellules déciduales, des cristaux hématiques et de volumineux dépôts de sang extravasé, vestiges peut-être d'une ébauche de système de sinus placentaires.

Mais les altérations de structure les plus profondes se rencontrent dans les placentas qui ont été le plus déplacés. Ainsi, dans les cas de grossesse primitivement tubaire, lorsque le fœtus situé au-dessous du placenta, le repousse ensuite peu à peu très haut, jusqu'à l'élever à plus de 25 centim. et l'accoler à la paroi abdominale après décollement progressif du péritoine. Le placenta se trouve alors transformé en une masse de caillots sanguins organisés, avec des amas considérables de cristaux hématiques. Les villosités sont comprimées, tordues, il n'y a ni cellules déciduales ni traces d'un système lacunaire intervilleux On conçoit quelle influence fâcheuse peuvent avoir ces altérations de structure sur le rôle dévolu au placenta, et, par suite, sur le développement ultérieur du fœtus.

R. L.

De la pathogénie du placenta prævia. (Zur Pathogenese der Placenta prævia). KALTENBACH. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Bd XVIII. Hft 1, p. 1.

Hofmeier avait déjà présenté, au congrès de Halle, une pièce pathologique, intéressante, de laquelle il avait pu conclure que « *le placenta prævia résulte du développement de tissu placentaire dans l'intérieur de la caduque réfléchie du segment inférieur de l'œuf* ». Or, l'auteur, sur un utérus gravide d'un peu plus de trois mois, a retrouvé la disposition anatomique décrite par Hofmeier, et, à son tour, il étudie les raisons de la pathogénie de l'insertion vicieuse de l'arrière-faix.

Dans les conditions normales, il se développe un placenta de forme et de dimensions spéciales, en rapport avec le volume de l'œuf. Mais si, pour une cause quelconque, atrophie ou hyperplasie avec hypersécrétion de l'endométrium, ce développement se trouve être troublé, il se peut que le cœur fœtal, afin d'assurer la régularité des échanges nutritifs nécessaires à la survie de l'embryon, pourvoie à la persistance d'un certain nombre de villosités choriales, correspondant à la caduque réfléchie. Le phénomène peut se produire, étant donné un œuf inséré latéralement, aussi bien au pôle supérieur qu'au pôle inférieur. Dans les deux cas, le pla-

centa peut être anormalement grand, présenter une forme insolite, ou une minceur remarquable. En même temps que démesurément volumineux, *le placenta est prævia quand les villosités choriales persistent dans l'intérieur de la caduque réfléchie au niveau du pôle inférieur*. Ainsi le placenta prævia appartient à un processus physiologique, à l'aide duquel le fœtus cherche à s'assurer l'oxygène et les principes nutritrifs qui lui sont nécessaires. Toutefois, cette participation des villosités de la caduque réfléchie ne suffit pas toujours, les faits cliniques le démontrent, à sauver l'œuf d'une mort ou d'une expulsion prématurée.

L'œuf peut encore pourvoir à sa survivance, quand par exemple cette nécessité s'impose, alors que déjà les villosités de la caduque réfléchie sont atrophiées, en poussant des villosités supplémentaires dans la caduque vraie, en dehors de la sérotine. Beaucoup de ces délivres présenteraient cet état spécial, désigné sous le nom de pl. marginé. En raison de l'insertion délicate de l'œuf, il se produit facilement des hémorrhagies et des dépôts de fibrine dans l'angle rentrant constitué par le chorion *læve* et le bord placentaire débordant.

En terminant, Kaltenbach fait remarquer que ces dispositions ont été constatées sur deux utérus extirpés pour cause de dégénérescence cancéreuse, et qu'il ne faudrait pas voir là une simple coïncidence. Le carcinome du col, en effet, se complique presque constamment de métrite du corps. Or, la métrite joue le rôle essentiel dans l'étiologie et dans la pathogénie du placenta prævia.

R. L.

Sur le fibrome du chorion. (Ueber Fibrom des Chorion), KRAMER. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVIII, Hft 2, p. 335.

Après avoir rappelé un cas analogue, décrit par Hyrtl sous le nom de sarcome du chorion, l'auteur relate le cas qu'il a observé. La pièce pathologique provient d'une femme, âgée de 25 ans, III pare, qui, à sa 3e grossesse, accoucha spontanément et prématurément, à 7 mois, de 2 jumeaux, qui étaient contenus dans 2 œufs. Le premier œuf, celui du fœtus le plus petit, donna issue à 410 grammes de liquide amniotique, le second à 6,500 grammes, il y avait donc hydramnios. Le placenta du premier enfant était absolument normal. Quant à l'autre, il était remarquable par sa largeur (22 cent.) et son épaisseur 6 cent. Sur sa face fœtale, il

présente une saillie très accusée. Après écartement des villosités choriales, on trouve enfouies dans le tissu placentaire deux tumeurs, de volume inégal, recouvertes par un repli du chorion, qui se laisse facilement décoller. Dans le chorion cheminent de nombreux vaisseaux se rendant aux 2 tumeurs. Celles-ci sont d'une coloration générale brun rouge, tranchant peu sur le tissu placentaire, et ont la consistance d'un myôme mou. *Examen microscopique :* Pas traces de villosités; des noyaux sphériques, ovales, en forme de bâtonnets, et en quelques points des cellules fusiformes, tous ces éléments plongés au sein d'une substance fondamentale d'aspect trouble; à la périphérie, une couche mince de fibrilles connectives; en somme, beaucoup d'analogie de structure avec le sarcome à petites cellules rondes. Toutefois, comme le mot « sarcome » implique, en clinique, l'idée de malignité, que la tumeur actuelle ne paraît pas avoir cette signification grave, et qu'elle est formée de tissu connectif jeune, riche en éléments cellulaires, Kramer préfère la dénomination de *fibrome du placenta* ou mieux *du chorion.* R. L.

Sur un mécanisme spécial de la rétention du placenta. (Ueber eine besondere Art von Placentarretention), LANGE. *Zeit f. Geb. u. Gyn.* Bd XV, Hft 1, p. 30.

A un intervalle de 4 années, l'auteur a observé deux exemples, rares, de rétention du délivre. Dans les 2 cas, l'expulsion de l'enfant avait été spontanée, très rapide, et les 2 fois, l'auteur fut appelé, parce que, plus de deux heures après l'accouchement, l'arrière-faix était encore retenu dans la matrice. Aucune des deux femmes ne perdit du sang, et chez toutes les deux, Lange constata, immédiatement, une dépression considérable de la paroi abdominale antérieure qui arrivait presque au contact de la paroi abdominale postérieure, un état de relâchement complet des muscles abdominaux. Après des tentatives réitérées et inutiles d'expression placentaire, il procéda à l'extraction manuelle du placenta, après avoir même chloroformisé l'une des femmes, en prévision d'adhérence placentaire. Or, les deux fois, il trouva le placenta immédiatement en arrière de l'orifice externe, et comme il en reconnaissait le bord, il perçut un bruit aspiratif, comme si l'air entrait dans la matrice. Immédiatement, le délivre lui tomba dans la main et rien ne fut plus aisé que de l'extraire. Déjà, Forest a relaté un cas

semblable, et a rapporté la rétention placentaire à la résistance offerte par la pression atmosphérique. Lange repousse cette explication et explique aussi bien la rétention que l'échec du procédé de Crédé, par la diminution ou même l'annulation de la pressi on abdominale, en rapport avec l'état de paralysie ou de parésie transitoire des muscles abdominaux.

R. L.

Quelques considérations sur la rétention placentaire, S. REMY. *Arch. de tocol.*, octobre 1889, p. 769.

L'auteur attire l'attention sur des cas spéciaux de rétention du placenta, cas pour lesquels un médecin n'est appelé qu'en second lieu, et où, en raison de l'insuffisance des renseignements, il ne sait pas, au juste, si totalité ou partie du délivre est encore dans la matrice. En ces conditions, il se préoccupera pour se faire une opinion : de la nature de l'écoulement, de l'existence de tranchées utérines plus ou moins fortes, de l'expulsion successive de caillots, et de certaines particularités fournies par le palper (forme, dimensions de la matrice...). Or, ces nations sont elles-mêmes parfois très insuffisantes, et en particulier, « *le volume de l'utérus peut être bien inférieur à celui qu'on s'attendait à trouver avec une rétention d'une partie importante du placenta* ». C'est la remarque qu'a faite l'auteur dans un cas observé à la Maternité de Nancy. Une femme y fut amenée 30 heures environ après un accouchement à terme, qui s'était terminé spontanément. Mais, comme au bout de 2 heures après la sortie de l'enfant, la délivrance ne se faisait pas, on procéda à l'extraction manuelle du placenta, dont on n'enleva qu'une partie. A l'exameu fait à la clinique, on trouva l'*utérus petit*, *bien rétracté*. Cependant, le lendemain au soir, l'accouchée présentait un écoulement assez abondant, et après avoir accusé des tranchées assez fortes, expulsait une certaine quantité de caillots. La sage-femme put introduire la main dans l'utérus et retirer une portion du placenta d'odeur fétide, et du *poids* de 330 gr. ! *Guérison.*

Dans un autre cas, il s'agissait d'un accouchement prématuré, à environ 6 mois. La femme prétendait avoir expulsé le placenta. Comme la matrice était grosse, bilobée, que le lobe droit, le plus volumineux, s'élevait à 18 centim. au-dessus du pubis, on admit d'abord la possibilité d'une tumeur fibreuse de la corne utérine droite. Mais l'apparition d'accidents infectieux fit revenir à l'idée

d'une rétention du délivre Une première tentative d'extraction permit de ramener une petite portion du placenta. Un peu plus tard, on réussit à extraire un placenta, qui pesait 350 gr. *Guérison.*

L'auteur résume également une observation, où les choses se présentaient comme pour un enchatonnement, tandis qu'il s'agissait en réalité d'un fibrome.

Conclusions : Dans des circonstances particulières, le diagnostic de la rétention placentaire est difficile à poser ; des causes d'erreur résident soit dans la petitesse de l'utérus, soit dans les irrégularités de forme de cet organe. Dans les cas douteux, en présence surtout de métrorrhagies, il faut se tenir sur ses gardes et préparer son action en vue d'une rétention à peu près certaine et se rappeler que le volume de l'utérus n'est pas toujours ce qu'on s'attendrait à le trouver.

R. L.

Rétention placentaire complète avec adhérences; septicémie puerpérale, curage, guérison. ROLAND. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, mars 1890, p. 129.

L'auteur fut appelé le 6e jour, après un accouchement, terminé spontanément, mais qui avait duré 3 jours. Le délivre était resté retenu dans la matrice. Malgré des injections antiseptiques régulières, il était survenu des frissons et de la fièvre. L'utérus était volumineux, dur, très sensible à la pression, et allongé dans la portion correspondant à la corne droite, probablement siège de l'insertion placentaire. Immédiatement, il fut procédé à l'extraction. Chloroformisation, abaissement de l'utérus, dilatation du col au moyen des tiges d'Hégar, irrigation utérine avec une solution de sublimé à 1 p. 2000, et alternativement, curage et écouvillonnage avec un écouvillon dur, chargé de glycérine créosotée. En raison de l'état de faiblesse de la femme, on renonça à enlever tout le délivre, mais on tamponna la cavité utérine avec de la gaze iodoformée. En retirant cette gaze le lendemain, on ramena 2 fragments du placenta, gros chacun comme la moitié du poing. Nouveau tamponnement; le lendemain, on trouvait encore après la gaze de nouvelles portions du délivre. *Guérison.* L'auteur cite d'autres cas, dans lesquels le tamponnement de la cavité utérine lui a rendu les mêmes services. Aussi, recommande-t-il la méthode comme simple et très efficace. R. L.

Sur la question du traitement de la rétention des membranes. (Zur Frage der Behandlung der Eihaut retentionen), F. EBERHART. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI, Hft 1, p. 292.

On a d'abord cherché à déduire le meilleur mode de traitement de rétention des membranes de l'étude des statistiques. Et, les auteurs sont ainsi arrivés à des conclusions différentes, les uns conseillant l'expectation, les autres l'intervention dans tous les cas. Or, le point important était d'établir pour quelles raisons la rétention des membranes se compliquait d'accidents plus ou moins graves dans certaines occasions, alors que dans d'autres ces accidents faisaient complètement défaut. Kaltenbach, le premier, a abordé la question par son vrai côté. « Les dangers possibles avec la rétention des membranes ne découlent pas du seul fait de la rétention de portions ovulaires et de caillots sanguins, mais de la rencontre de ces éléments avec des bactéries ». Or, de l'observations des faits cliniques, il concluait qu'en règle générale, il n'y a pas de bactéries dans la cavité utérine.

Les recherches de Doderlein et Winter sont venues, depuis, confirmer cette opinion : pas de bactéries dans l'utérus ni dans les trompes des femmes saines, mais présence de bactéries dans le vagin et dans le col. L'orifice interne paraît être la ligne de démarcation entre les régions du conduit génital qui contiennent des micro-organismes et celles qui en sont dépourvues.

De là, ces conclusions pratiques : éviter la rencontre des membranes restées *in utero* avec les micro-organismes et, par suite, enlever les portions de ces membranes engagées dans le col et dans la région, sans se préoccuper de celles qui sont dans la matrice ; en outre, durant les suites de couches, s'efforcer, par les injections antiseptiques, de rendre le vagin libre de micro-organismes, et administrer de l'ergotine pour hâter l'expulsion des débris ovulaires retenus.

Comme traitement prophylactique de la rétention des membranes, l'auteur conseille la méthode d'expectation pour la délivrance, et repousse le procédé de Crédé qui, selon lui, favorise cette complication.

R. L.

II. — DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Considérations sur trois opérations césariennes réussies à Philadelphie. (A consideration of three successful cesarean section in Philadelphie), par H. A. Kelly. *Amer. J. of Obst.*, 1890, mars, p. 225.

L'auteur se fondant sur le fait qu'il y a eu des femmes enceintes éventrées par des bêtes à cornes, et dont les enfants sont venus vivants par cette ouverture accidentelle, conclut que l'opération césarienne est fort ancienne « presque aussi ancienne que le berceau de notre race.

Elle a été faite par des sages-femmes, ignorantes, incapables de terminer un accouchement par les voies naturelles.

Le Dr Felkin a vu en Afrique centrale un sauvage extraire un fœtus par l'hystérotomie. Le fait ne semblait pas extraordinaire dans la contrée ».

Des femmes ont pratiqué cette opération sur elles-mêmes.

Enfin, dans les temps anciens, des soldats brutaux ont éventré des femmes enceintes. Les mythologies des Grecs, des Hindous et des Romains renferment des histoires de naissances de ce genre, une loi romaine ancienne disait : « Negat lex regia mulierem, « quæ pregnans mortua sit humari antequam partus ei excidatur, « qui contra fecerit spem animantis cum gravida peremisse videtur ».

Kelly cite le cas du châtreur Jacob Nufer, qui, en 1500, opéra sa propre femme, et nombre d'autres cas plus récents. Puis il donne en détail les trois cas qui font le sujet de son mémoire.

Cas I. — Femme de 26 ans, à bassin rétréci, en travail depuis plusieurs jours. Diamètre conjugué estimé à 5,5 cent.

Kelly trouva le placenta dans l'incision utérine. L'enfant mourut de jaunisse au bout de 8 jours, la mère se remit bientôt.

Le segment utérin inférieur où se trouvait la tête du fœtus ne se rétractait pas, et formait un réservoir où s'accumulaient des lochies qui devenaient fétides.

Cas II. — Femme de 26 ans, diamètre conjugué estimé à 6c 5 ou 7, bassin aplati. Elle entra au *Kensington Hospital,* une semaine avant l'époque présumée de son accouchement, et subit un traitement préparatoire.

Le 10 mai, Kelly ponctionna les membranes pour laisser échapper une partie des eaux, et une heure après, fit l'opération. L'enfant pesait 6 livres et 15 onces, elle vécut 14 mois et demi. Malgré des crevasses aux seins et une phlébite, la mère se rétablit.

Elle redevint enceinte et fut avec peine accouchée d'une fille de 5 livres, à huit mois.

CAS III. — L'accouchement était rendu impossible par une énorme tumeur osseuse. Les termes de l'observation permettent de croire que Kelly n'attendit pas le commencement du travail spontané pour opérer. L'opérée se leva au bout de 2 semaines.

A. CORDES.

Deux cas d'opération césarienne par la méthode de Porro ; indications rares. (Due casi di Taglio cesareo col metodo Porro per rare indicazioni), par MANGIAGALLI. *Annali de Ost. e Ginec.* Milano, mars 1890, p. 215.

Il s'agit de deux malades atteintes de carcinome utérin très avancé et qui succombèrent à l'opération. La guérison dans ces conditions est l'exception comme le montre la statistique, la désinfection complète du foyer cancéreux étant bien difficile à obtenir ; la mortalité est de 75 0/0.

P. MAUCLAIRE.

Un cas d'ostéomalacie, opération de Porro modifiée, guérison. (Ein Fall von Osteomalacie, modificirter Porro-Kaiserschnitt, geheilt), ZWEIFEL. *Cent. f. gyn.*, 1890, n° 2, p. 25.

L'auteur a eu l'occasion d'observer et de traiter 6 cas d'ostéomalacie, ce qui lui a permis de constater que les conditions générales (alimentation insuffisante, hygiène défectueuse, séjour dans des appartements humides, mal éclairés...) auxquelles on rapporte habituellement l'éclosion de la maladie, ne se rencontrent pas toujours, loin de là !

Dans le plus récent, ces conditions faisaient précisément complètement défaut. Il s'agissait d'une femme de 41 ans, qui avait eu 8 accouchements à terme et avait fait un avortement; le dernier accouchement remontait à 4 ans. La maladie avait éclaté, soudainement, au cours de cette grossesse. Puis, il y eut une accalmie durant 4 années. A ce moment, nouvelle grossesse qui s'accompagne d'une aggravation très marquée de la maladie ; la femme entre à l'hôpital. *Examen.* Elle est très affaiblie par un séjour prolongé au

lit; dans la région sacrée existe une eschare qui va jusqu'au sacrum. Le bassin est extrêmement déformé et contracté : Diamètre des épines 22, D. des crêtes 28 1/2; D. bitrochant. 25 1/2; conjugué externe 18; conjugué diag. 8 1/2 ; conjugué vrai 5 cent. Accouchement par les voies naturelles, impossible. Travail commencé depuis la veille, rupture de la poche des eaux, écoulement de méconium et d'un *liquide fétide*. En conséquence, l'opération de Porro, avec traitement intra-péritonéal du pédicule suivant la technique indiquée antérieurement par l'auteur, fut pratiquée.

Suites opératoires : Quelques accidents fébriles, liés à des accidents de suppuration ; il s'écoula en particulier du pus par la vessie. Amélioration notable de la maladie; toutefois, la marche reste encore très défectueuse; la malade traîne les pieds comme un sujet affecté de paralysie.

L'auteur discute quel est le meilleur mode d'intervention contre l'ostéomalacie. Fehling (1) a proposé la castration comme méthode curative. Mais, ce n'est pas tant l'activité génitale que l'aptitude à la fécondation qu'il s'agit de supprimer. Et cette proposition est juste si, comme le pensent les chirurgiens, l'ostéomalacie n'est pas nécessairement associée à l'état puerpéral, si on l'observe chez les hommes. Or, pour supprimer l'aptitude à la fécondation, c'est-à-dire la possibilité d'une grossesse, l'état de gravidité étant de nature à produire une exacerbation de la maladie, pas n'est besoin d'avoir recours à la castration. La ligature des trompes suffit. L'opération césarienne suivie de cette ligature des trompes est le procédé le plus simple. Jusqu'à présent il n'existe pour juger de la valeur du mode d'intervention dans l'ostéomalacie que des cas d'opération de Porro. Or, la réalisation de l'inaptitude à la fécondation, qui est possible sans laparotomie, pourrait servir à montrer si c'est réellement cette inaptitude ou bien la cessation de l'activité génitale qui est utile. R. L.

De l'importance de l'opération de Porro et de certains perfectionnements notables apportés à sa technique. (Die Bedeutung der Porro schen Kaiserschnittes und wunchswerthe Verbesserungen desselben), W. SUTUGIN (Moscou). *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 6, p. 89.

L'opération césarienne, classique, a sur l'opération de Porro qui en privant la femme de son utérus et de ses ovaires, la rend stérile

(1) V. *Ann. de gyn. et d'obst.* Mai 1890, p. 406.

une supériorité reconnue, et cependant, cette dernière opération conserve de ses droits.

L'opération est indiquée dans les circonstances suivantes :

1) Quand il y a rétrécissement pelvien et infection de l'endométrium durant le travail ; 2) dans le cas de néoplasmes de la matrice, lorsque, en raison de leurs caractères anatomiques, leur extirpation paraît opportune ; 3) chez les femmes faibles, épuisées par des accouchements répétés, si l'on a l'espoir, par la suppression des dangers associés aux suites de couches, de voir l'organisme récupérer de sa vitalité ; 4) quand il y a rupture utérine, avec passage du fœtus dans la cavité abdominale.

Les résultats fournis par ces deux opérations diffèrent notablement : D'après Godson, avec l'opération de Porro la mortalité maternelle était de 56,6 0/0, d'après Fehling de 55,8 0/0, mais ces chiffres correspondent à une époque où l'application « d'un ensemble de précautions antiseptiques » n'était pas devenue une règle formelle de pratique. Or, d'après S. Chason, dans ces deux dernières années, sur un total de 45 opérations, il ne serait mort que 6 femmes, soit comme chiffre de mortalité 13,3 0/0. D'après la statistique de Caruso, la mortalité maternelle serait de 25,5 0/0 pour la césarienne conservatrice, tandis qu'à Dresde, dans le service de Léopold, ce chiffre tombe à 8,6 0/0. D'ailleurs, cette mortalité varie beaucoup avec les opérateurs : ainsi, sur 7 opérées, suivant la méthode de Porro, Breisky n'en perdit pas une seule ; de même Léopold sur 3. C. Braun, pour 13 cas, eut une mortalité de 33,3 0/0. En Russie, sur 5 femmes, Krassowsky en perdit une, qui était atteinte de cancer de la matrice. Sur 2 opérées, K. Slawjansky n'en perdit aucune. Deux fois, l'opération de Porro fut faite à Kasan, deux fois par Bogoljuboff et Phänomenoff ; et chacun d'eux eut une mort à compter. Le cas opéré à Moscou par Prévôt à cause d'une rupture utérine, fut suivi de mort ; il en fut de même de celui opéré par Solowjieff. Quant à celui opéré par Sutugin, il eut une issue heureuse. Ainsi, sur 13 femmes, dont l'auteur connaît les observations, 5 succombèrent, soit comme mortalité 38,4 0/0.

L'auteur étudie ensuite le mode de traitement du pédicule, rappelle les procédés indiqués par Chalot (1) et Barlet, dont le trait essentiel consistait dans l'inversion du moignon, retourné en manchette dans le vagin, expédient qui avait pour but de mettre

---

(1) *Ann. de gynécologie*, août 1883, p. 81.

la cavité abdominale à l'abri de toute contamination par les liquider sécrétés dans le vagin, et par là de rendre moins dangereux le traitement intra-péritonéal du pédicule. Mais, tous ces procédés sont longs, compliqués, aussi, l'auteur a-t-il préféré, dans un cas récent, où des conditions spéciales lui ont fait préférer l'opération de Porro à la césarienne suivant Sänger, avoir recours au traitement extrapéritonéal, en y apportant quelques innovations, qui, dans d'autres hystérectomies, lui avaient donné de très bons résultats. Après la chute du moignon et du lien élastique, il avive soit par le raclage, soit par l'incision les bords qui suppurent, puis les réunit au moyen de sutures profondes, qui pénètrent jusqu'au fond de la surface de mortification, et, pour assurer l'écoulement du pus des parties non avivées, il place dans l'angle inférieur de la plaie un drain de gaze iodoformée roulée.

C'est d'après ces principes, qu'il a opéré une femme âgée de 19 ans, avec sténose pelvienne, primipare, à terme, 15 heures après le début du travail. Taille 1m,42. Diamètre bitrochant., 27 cent., D. des épines, 23 ; diam. des crêtes, 24 ; Conj. ext., 16 cent. ; ant.-postérieur, 6 centimètres. *Enfant vivant, mais qui succomba le* 5e *jour. Mère sauvée.*

En ce qui concerne les suites opératoires, une circonstance à noter. Le lendemain, dans l'après-midi, vers 1 h. 1/2, immédiatement après qu'on venait de la sonder, la femme eut *quelques accès éclamptiques*, accès qui duraient 5 minutes avec une période d'accalmie, de 10 minutes, durant laquelle la femme restait sans connaissance. Vers 6 h. 1/4, il y eut encore des accès, mais moins violents. *Quantité de l'urine émise dans les 24 h.*, 900 gr. ; réaction acide, *ni albumine ni cylindres*. Traitement : lavements chloralés et bromure de potassium. A partir de ce moment, les suites furent parfaitement régulières. R. L.

Conférences cliniques de gynécologie.

M. le Dr S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, commencera ses conférences cliniques le lundi 16 juin, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera le lundi et le vendredi à la même heure. Opérations le mercredi.

Le gérant : G. Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXXIII

Janvier à Juin 1890.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXIII

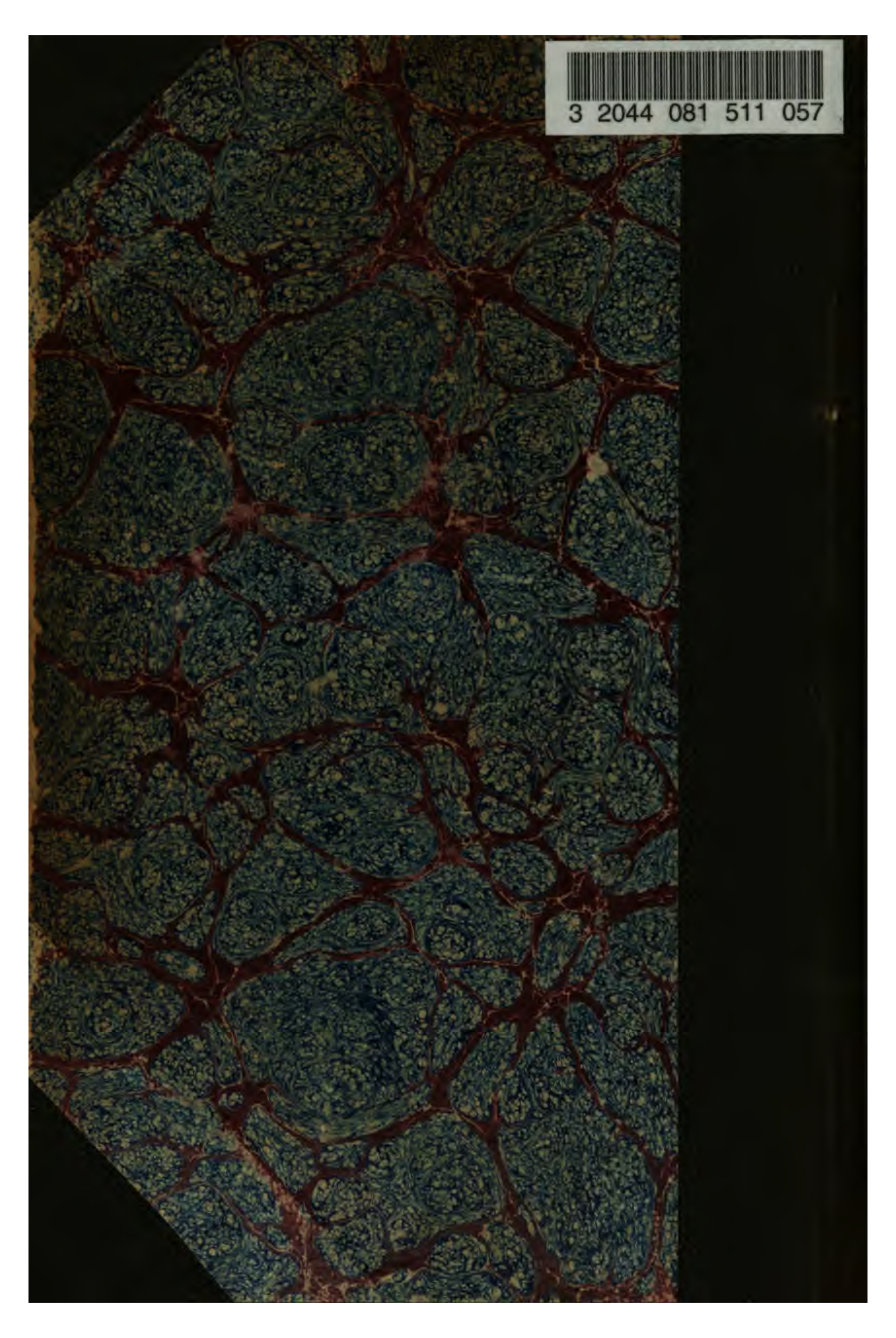
Janvier à Juin 1890.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES CLINIQUES

ERRATUM. — Page 374, ligne 15, remplacer : les sinus veineux et les troncs hépathiques par : les sinus veineux et les troncs lymphatiques.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE


3 2044 081 511 057